Deutscher Bundestag **Drucksache 19/8351**

19. Wahlperiode 13.03.2019

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**
– Drucksachen 19/6337, 19/6436 –

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

b) **zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Michael Theurer, Christine Aschenberg-Dugnus, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP**
– Drucksache 19/2689 –

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen

c) **zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Robby Schlund, Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD**
– Drucksache 19/3393 –

Aussetzung der Budgetierung für Ärzte

d) zu dem Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/4833 –

Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben

e) zu dem Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/6417 –

Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall

f) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/4887 –

Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern

g) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/6130 –

Bedarfsgerechte Versorgung aller Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten

A. Problem

Zu Buchstabe a

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist nach Überzeugung der Bundesregierung zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sei es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt sei. Insbesondere solle unangemessen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden. Das Gesetz ziele darauf ab, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert werden. Außerdem solle die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen verbessert werden, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert würden.

Zu Buchstabe b

Krebstumore sowie in der Krebstherapie eingesetzte Medikamente, Therapien und Eingriffe können Betroffenen die Chance auf eigene Kinder für immer nehmen, so die Fraktion der FDP. Methoden zur Fruchtbarkeitserhaltung von Krebspatientinnen und Krebspatienten, wie die Konservierung und Einlagerung von Keimzellen und Keimgewebe, würden nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Die Folge seien enorme finanzielle Belastungen für Krebspatientinnen und Krebspatienten, wodurch die Möglichkeit zur Fruchtbarkeitserhaltung von der finanziellen Lage der Patientinnen und Patienten abhängig werde.

Zu Buchstabe c

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland müssen das Recht haben, ihren Beruf in Deutschland uneingeschränkt auszuüben, fordert die Fraktion der AfD. Die Budgetierung grenze die vertraglich zugesicherte freie Berufsausübung unzulässig und zu Lasten der Patienten ein. Deshalb müsse eine ausschließlich ökonomisch begründete Einschränkung der Therapiefreiheit des Arztes sofort außer Kraft gesetzt werden. Allgemeine Standards und starre Budgetvorgaben dürften nicht über die individuelle Art und Weise einer medizinischen Behandlung entscheiden. Der Bedarf eines Patienten könne sich nicht an zeitlich und bzw. oder finanziell verordneten Budgets eines Arztes orientieren.

Zu Buchstabe d

Der demographische Wandel und die Veränderungen der Lebensmodelle erfordern nach Auffassung der Fraktion der FDP ein Nachdenken über Anpassungen und Veränderungen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung. In einigen, vor allem ländlichen, Regionen Deutschlands gebe es bereits heute einen Mangel sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten. Viele junge Ärztinnen und Ärzte scheuten die Risiken einer Niederlassung. Durch den Mangel in der Versorgung gebe es immer mehr Terminprobleme bei allen Facharztrichtungen und zunehmend auch bei den Haus- sowie den Kinder- und Jugendärzten. Ärzte müssen mehr Zeit für die Versorgung der Patienten haben. Diese Versorgung müsse leis-

tungsgerecht und vollständig vergütet werden. Das sei seit Einführung der Budgetierung nicht der Fall, da durch die Deckelung die geleistete Arbeit nicht mehr vollständig bezahlt werde. Außerdem verschlechtere die Budgetierung den Zugang zu ärztlichen Leistungen.

Zu Buchstabe e

Die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen verbunden mit einer Steigerung der Krankheitslast erforderten nach Überzeugung der FDP-Fraktion eine Stärkung des Angebots in der ambulanten Versorgung. In einigen Regionen Deutschlands gebe es sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten einen Mangel. Die Zahlen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stagnierten. Im hausärztlichen Versorgungsbereich gingen sie sogar zurück. Auch die Überalterung der Ärzteschaft sei kaum noch zu übersehen. Für die Patientinnen und Patienten bedeute das, dass sie entweder gar keinen Arzttermin bekämen oder sehr lange auf einen warten müssten.

Zu Buchstabe f

Heilmittelerbringer leisten einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, so die Fraktion DIE LINKE. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der wichtigen Rolle von Prävention und Rehabilitation werde ihre Bedeutung aber weiter zunehmen. Bereits jetzt komme es bei der Physiotherapie, Podologie und Sprachtherapie zu Fachkräfteengpässen. Die berufsspezifischen Arbeitslosenquoten deuteten laut Bundesagentur für Arbeit sogar auf einen Fachkräftemangel hin. Diese Berufe seien sowohl für Selbstständige als auch für Angestellte wegen zu geringer Vergütungen im ambulanten Bereich für viele unattraktiv. Viele Praxen sähen sich in ihrer Existenz bedroht.

Zu Buchstabe g

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der wichtigen Rolle von Prävention und Rehabilitation wird die Bedeutung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Podologinnen und Podologen nach Darstellung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN weiter zunehmen. Bereits jetzt komme es bei der Physiotherapie, Podologie und Sprachtherapie zu Fachkräfteengpässen. Daher seien rasche und weitergehende Maßnahmen nötig, um die zukünftige Versorgung im Heilmittelbereich zu sichern.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

In einem Sofortprogramm sollen die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden. Dazu sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 täglich 24 Stunden telefonisch und auch online erreichbar sein. Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten soll von 20 auf 25 Stunden erhöht werden. Offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, sollen ausgeweitet werden. Die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ sollen besser vergütet werden, ebenso ko-

ordinierende Leistungen wie die Terminvermittlung zu Fachärztinnen oder Fachärzten. Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen, sollen die gesetzlichen Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren weiterentwickelt und sollen Rechtsunsicherheiten beseitigt werden. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten sollen die Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten entfallen. Die Festzuschüsse für Zahnersatz sollen ab dem 1. Januar 2021 von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht werden. Für Langzeiterkrankte sollen die Möglichkeiten, stufenweise wieder in das Berufslebens eingegliedert zu werden, verbessert werden. Darüber hinaus soll die elektronische Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Durch eine Ergänzung der Regelungen zur Krankenbehandlung gemäß § 27 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sollen junge Patientinnen und Patienten von der Notwendigkeit befreit werden, Fruchtbarkeitserhaltungsmaßnahmen vor Beginn einer Krebstherapie aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/2689 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe c

Es sollen alle Maßnahmen zur Abschaffung der Budgetierung für Ärzte unverzüglich eingeleitet werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/3393 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Die Budgetierung ärztlicher Leistungen soll schrittweise aufgehoben werden. Als ersten Schritt soll die Entbudgetierung der grundversorgenden Haus- und Fachärzte erfolgen. Außerdem sollen Bürokratie und Berichtspflichten reduziert werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4833 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe e

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll verpflichtet werden, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeordnete Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie bis zum 1. Juli 2019 umzusetzen. Gleichzeitig sollen die Niederlassungssperren in regionale Verantwortung gegeben werden. Dazu sollen die Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung nach § 103 SGB V in eine Kann-Regelung umgewandelt werden. Für ländliche und strukturschwache Gebiete soll im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein Strukturzuschlag eingeführt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/6417 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP.

Zu Buchstabe f

Eine gesetzlich festgelegte Anhebung der Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen um 30 Prozent soll sofort umgesetzt werden. Die Grundlohnsummenbindung soll unbefristet aufgehoben werden. Durch geeignete Maßnahmen soll sichergestellt werden, dass die in den Praxen Angestellten von der Erhöhung der Leistungsvergütung in mindestens derselben prozentualen Steigerung profitieren. Außerdem soll darauf hingewirkt werden, dass die Bundesländer die Schulgeldfreiheit für staatliche Schulen in den Heilmittelberufen schnellstmöglich umsetzen – möglichst rückwirkend seit Abschluss des Koalitionsvertrags. Darüber hinaus soll die Ausbildungsordnung modernisiert werden, so dass die Anerkennung der deutschen Abschlüsse im europäischen Ausland gewährleistet werde.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4887 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe g

Die Anbindung der Vergütungen für die Heilmittelerbringer an die Grundlohnsumme sollen dauerhaft aufgehoben und die Vergütungen für Heilmittelerbringer sofort bundesweit angehoben werden. Eine einheitliche Gebührenordnung für Heilmittelberufe in der gesetzlichen Krankenversicherung, die auf regelgebundenen jährlichen Vergütungsanpassungen und einer realistischen Kostenkalkulation beruht, soll auf den Weg gebracht werden. Außerdem soll eine gesetzliche Regelung zum zügigen Anschluss der Heilmittelpraxen an die Telematikinfrastruktur geschaffen und soll für eine entsprechende Finanzierung gesorgt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/6130 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Annahme des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben c bis g

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind nach Angaben der Bundesregierung Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen sowie schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassungen der Beteiligten

seien diese nicht genau quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnten die Mehrausgaben insgesamt bei voller Wirksamkeit für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Vergütung sowie für die Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2019 jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen. Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre könne es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen. Durch die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz ergäben sich ab dem Jahr 2021 geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von rund 570 Millionen Euro. Für die übrigen leistungsrechtlichen Maßnahmen ergäben sich ab dem Jahr 2019 jeweils insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich, für die beitragsrechtlichen Maßnahmen geschätzte jährliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Durch die verbesserte Möglichkeit, Langzeiterkrankte stufenweise wieder in das Berufsleben einzugliedern, könnten sich bei konservativer Schätzung Minderausgaben beim Krankengeld und damit verbundene höhere Beitragseinnahmen zunächst im Umfang eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags ergeben.

Zu Buchstabe b

Kosten für Bund, Länder und Kommunen sind nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben c bis g

Keine Angaben.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Bürgerinnen und Bürger werden den Angaben zufolge aufgrund der ab 1. Januar 2021 vorgesehenen elektronischen Übermittlung von AU-Bescheinigungen um mindestens 43 Millionen Euro entlastet. Darüber hinaus entstehe im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.

Zu Buchstabe b

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entstünden durch Mindestsprechstundenzeiten und durch offene Sprechstunden, sofern diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation und ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung. Der Erfüllungsaufwand für die Informationspflicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber den Versicherten im Hinblick auf Mehrkos-

tenvereinbarungen bewege sich im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflichten. Für Hersteller von Medizinprodukten ergebe sich ein geringfügiger Erfüllungsaufwand im Bewertungsverfahren neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse für die Übermittlung vorliegender Daten.

Zu Buchstabe b

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurden nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Der zuvor genannte Erfüllungsaufwand enthalte im Hinblick auf die Pflicht der Medizinproduktehersteller zur Datenübermittlung Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

Zu Buchstabe b

Es entstehen keine Bürokratiekosten.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entstünden insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 9 Millionen Euro und für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen geringer einmaliger sowie jährlicher Erfüllungsaufwand. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führten für die gesetzlichen Krankenkassen teilweise zu geringerem und teilweise zu höherem jährlichen Verwaltungsaufwand in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entstehe geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich der Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gelte für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Darüber hinaus entstehe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln. Der Gesellschaft für Telematik entstehe für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig ein Erfüllungsaufwand von rund 200 000 Euro. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ergebe sich ein Mehraufwand durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Dem Bund entstehe ein geringfügiger Verwaltungsaufwand durch die Rechtsprüfung verschiedener Beschlüsse der Selbstverwaltung im Rahmen der staatlichen Aufsicht.

Zu Buchstabe b

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand für die Verwaltung.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergäben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nach Angaben der Bundesregierung nicht hervorgerufen.

Zu Buchstabe b

Die nach gegenwärtiger Gesetzeslage von den betroffenen gesetzlich versicherten Krebspatientinnen und Krebspatienten zu tragenden Kosten für fertilitätsbewahrende Maßnahmen seien fortan von den gesetzlichen Krankenkassen zu tragen.

Zu den Buchstaben c bis g

Wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 in der aus der nachstehenden Zusammenfassung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 abzulehnen;

c) den Antrag auf Drucksache 19/3393 abzulehnen;

d) den Antrag auf Drucksache 19/4833 abzulehnen;

e) den Antrag auf Drucksache 19/6417 abzulehnen;

f) den Antrag auf Drucksache 19/4887 abzulehnen;

g) den Antrag auf Drucksache 19/6130 abzulehnen.

Berlin, den 13. März 2019

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel
Vorsitzender

Alexander Krauß
Berichterstatter

Bettina Müller
Berichterstatterin

Dr. Axel Gehrke
Berichterstatter

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatterin

Dr. Achim Kessler
Berichterstatter

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
– Drucksachen 19/6337, 19/6436 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung	**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung**
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)	**(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 4 Absatz 6 wird aufgehoben.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 5 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	
„Eine Anrechnung erfolgt nicht für	
1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder	
2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.“	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
b) In Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „§ 9 Abs. 1 Nr. 6“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung“ ersetzt.	
3. § 6 Absatz 8 wird aufgehoben.	3. u n v e r ä n d e r t
4. § 7 Absatz 3 wird aufgehoben.	4. u n v e r ä n d e r t
5. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird *wie folgt geändert:*	5. § 9 Absatz 1 Satz 1 **Nummer 6** wird **aufgehoben.**
a) Nummer 6 wird aufgehoben.	**a) entfällt**
b) Die Nummern 7 und 8 werden die Nummern 6 und 7.	**b) entfällt**
6. § 10 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „überschreitet;“ die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Falle der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;“ eingefügt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 3 werden die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.	
bb) In Nummer 4 werden die Wörter „behinderte Menschen“ durch die Wörter „Menschen mit Behinderungen“ und werden die Wörter „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“ durch die Wörter „innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ ersetzt.	
c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „unterhält“ die Wörter „oder in seinen Haushalt aufgenommen hat“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. *In § 13 Absatz 3a Satz 4 werden nach dem Wort „Gutachterverfahren“ die Wörter „gemäß § 87 Absatz 1c“ eingefügt.*	7. § 13 **wird wie folgt geändert:**
	a) In Absatz 3a Satz 4 werden nach dem Wort „Gutachterverfahren“ die Wörter „gemäß § 87 Absatz 1c“ eingefügt.
	b) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ durch die Wörter „in Höhe von höchstens 5 Prozent“ ersetzt.
8. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Angestellte“ die Wörter „und Versorgungsempfänger“ eingefügt.	8. u n v e r ä n d e r t
	8a. § 20h wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung“ durch die Wörter „als Pauschal- und Projektförderung“ ersetzt.
	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 3 wird die Angabe „50“ durch die Angabe „70“ und werden die Wörter „kassenartübergreifende Gemeinschaftsförderung“ durch die Wörter „die kassenartübergreifende Pauschalförderung“ ersetzt.
	bb) In den Sätzen 4 und 5 wird jeweils das Wort „Gemeinschaftsförderung“ durch das Wort „Pauschalförderung“ ersetzt.
	8b. § 20i wird wie folgt geändert:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	„§ 20i
	Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“.
	b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „dies gilt unabhängig davon, ob sie auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger haben“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „beruflich bedingt oder im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben ist“ durch die Wörter „beruflich oder durch eine Ausbildung bedingt ist“ ersetzt.
	cc) In Satz 5 wird das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ ersetzt.
	dd) In Satz 7 wird das Wort „Impfausweisvordruckes“ durch die Wörter „Impfausweises nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes“ ersetzt.
	c) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Schutzimpfungen“ die Wörter „und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ eingefügt.
	d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Ein Anspruch nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch unter den Voraussetzungen einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes.“
9. Nach § 20i wird folgender § 20j eingefügt:	9. Nach § 20i wird folgender § 20j eingefügt:
„§ 20j	„§ 20j
Präexpositionsprophylaxe	Präexpositionsprophylaxe
(1) Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf	(1) u n v e r ä n d e r t
1. ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie	
2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.	
(2) Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Kalendermonats] als Bestandteil der Bundesmantelverträge.	
(3) Auf Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 2 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss dieser Vereinbarung anzupassen.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Versicherte nach Absatz 1 haben nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.“	(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen **im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten** bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.“
10. § 27a wird wie folgt geändert:	10. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:	
„(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“	
b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und die Wörter „nach Absatz 1“ werden durch die Wörter „nach den Absätzen 1 und 4“ ersetzt.	
	10a. § 27b Absatz 2 Satz 7 wird aufgehoben.
11. In § 28 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2012“ gestrichen.	11. u n v e r ä n d e r t
12. Dem § 29 *wird folgender Absatz* 5 angefügt:	12. Dem § 29 **werden die folgenden Absätze** 5 **bis 8** angefügt:
„(5) Wählen Versicherte im *Falle* von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen *abgebildet* sind, die *aber anders*	„(5) Wählen Versicherte im **Fall** von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die **den** im einheitlichen Bewertungsmaßstab für

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
als abgebildet durchgeführt werden oder bei denen andere Behandlungsmittel *eingesetzt werden* (Mehrleistungen), *so* haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. *Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis zum 31. Dezember 2022 die Mehrleistungen nach Satz 1. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung. Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen sowie über die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom ihm zu tragenden Kostenanteile in Textform zu informieren. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen sowie über die Kosten, die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbunden sind, informiert worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die Erklärung des Versicherten nach Satz 9 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 5 und 6. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die für die Prüfung erforderliche Erklärung*	zahnärztliche Leistungen **abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar** sind **und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch** die **eingesetzten** Behandlungsmittel **unterscheiden** (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt **gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung** die **vergleichbare** im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach Satz 8 vorzulegen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach Satz 8 verarbeiten. Soweit es für die Prüfung der Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 5 und 6 sowie zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung dieser Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die Daten, die in den ihnen nach Satz 9 oder Satz 11 übermittelten Unterlagen enthalten sind, nur für die Prüfung nach Satz 8 verarbeiten.“	
	(6) Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.
	(7) Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftli-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	che oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.
	(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus Absatz 7 Satz 1. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und die Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 vorzulegen. Soweit es zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, kann die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung der behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und der Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 enthaltenen Daten sowie die Daten, die in den ihnen übermittelten behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen enthalten sind, nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfung nach Satz 1 erforderlich ist.“
	12a. § 31 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend“ durch die Wörter „§ 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung gelten entsprechend“ ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	b) In Absatz 5 Satz 6 werden nach der Angabe „§§ 126 und 127“ die Wörter „in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung“ eingefügt.
13. In § 31a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Oktober 2016“ gestrichen.	13. u n v e r ä n d e r t
	13a. § 32 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.
	b) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:
	„(1b) Verordnungen, die über die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.“
14. *In* § 33 *Absatz 9* wird *die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.*	14. § 33 wird **wie folgt geändert:**
	a) Nach Absatz 1 Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Januar 2020 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann.“
	b) Absatz 6 Satz 2 bis 4 wird aufgehoben.
	c) In Absatz 9 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
15. *Dem* § 35a *Absatz 3* wird *folgender Satz angefügt*:	15. § 35a wird **wie folgt geändert**:
	a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
	„§ 35a
	Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung“.
	b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung veröffentlicht die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Information der Öffentlichkeit zudem den Beschluss und *eine Zusammenfassung der* tragenden Gründe in englischer Sprache auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses.“	„Innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung veröffentlicht die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Information der Öffentlichkeit zudem den Beschluss und **die** tragenden Gründe in englischer Sprache auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses.“
	c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „und den Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 genügt“ gestrichen.
	bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weitere Vorgaben zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach Satz 1 zu regeln.“
	cc) In dem neuen Satz 3 wird die Angabe „§ 73 Absatz 9“ gestrichen.
	dd) Der neue Satz 4 wird durch folgenden Satz ersetzt:
	„Vor der erstmaligen Beschlussfassung nach Satz 3 findet § 92 Absatz 3a mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.“
	ee) In dem neuen Satz 5 wird jeweils die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
16. In § 37b Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach“ gestrichen.	16. u n v e r ä n d e r t
17. § 39 Absatz 1a *Satz 9* wird *durch die folgenden Sätze ersetzt*:	17. § 39 Absatz 1a wird **wie folgt geändert**:
	a) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
	„Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch.“
	b) In dem neuen Satz 7 wird nach der Angabe „6“ die Angabe „und 12“ eingefügt.
	c) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „6 und 7“ durch die Angabe „6, 7 und 12“ ersetzt.
	d) Der neue Satz 10 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	u n v e r ä n d e r t
18. § 39a wird wie folgt geändert:	18. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 8 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach“ gestrichen.	
b) In Absatz 2 Satz 11 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach“ gestrichen.	
19. In § 39b Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „erstmals bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.	19. u n v e r ä n d e r t
	19a. § 39c Satz 4 wird aufgehoben.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
20. § 40 wird wie folgt geändert:	20. § 40 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz *4* wird *die Angabe „§ 39 Absatz 1a“ durch die Wörter „§ 39 Absatz 1a Satz 1 bis 9 und 11 bis 14“ ersetzt, wird* das Semikolon und werden die Wörter „bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern“ gestrichen.	aa) In Satz **6** wird das Semikolon und werden die Wörter „bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern“ gestrichen.
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrags kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.“	
b) Absatz 3 Satz *8* wird aufgehoben.	b) Absatz 3 Satz **10** wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
21. § 44 *Absatz 2* wird wie folgt geändert:	21. § 44 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „soweit“ durch das Wort „sofern“ ersetzt und werden vor dem Komma am Ende die Wörter „oder sofern sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben“ eingefügt.	**aa**) In Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „soweit“ durch das Wort „sofern“ ersetzt und werden vor dem Komma am Ende die Wörter „oder sofern sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben“ eingefügt.
b) Folgender Satz wird angefügt:	**bb**) Folgender Satz wird angefügt:
„*Wird* die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit *abgegeben*, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.“	„**Geht der Krankenkasse** die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit **zu**, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.“
	b) Absatz 4 Satz 5 wird aufgehoben.
22. Nach § 46 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	22. u n v e r ä n d e r t
„Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne von Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.“	
	22a. § 47b Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.
23. Dem § 48 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	23. u n v e r ä n d e r t
„Satz 2 gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Verletztengeld nach dem Siebten Buch.“	
24. § 49 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	24. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
b) Folgende Nummer 8 wird angefügt:	
„8. solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde.“	
25. § 50 wird wie folgt geändert:	25. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird das Komma und das Wort „Erwerbsunfähigkeit“ gestrichen.	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
b) In Absatz 2 Nummer 2 wird das Komma und das Wort „Berufsunfähigkeit“ gestrichen.	
26. § 51 wird wie folgt geändert:	26. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	
„(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.“	
b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	
„Ergibt sich im Falle des Absatzes 1a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.“	
27. § 53 wird wie folgt geändert:	27. § 53 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 5 wird aufgehoben.	**b**) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „nach den Absätzen 2, 4 und 5“ durch die Wörter „nach den Absätzen 2 und 4“ ersetzt.	**c**) u n v e r ä n d e r t
28. § 57 wird wie folgt geändert:	28. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 8 und 9 wird wie folgt gefasst:	
„Kommt eine Vereinbarung nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 betragen zwei Monate.“	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.	
bb) Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest.Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach Satz 1 betragen einen Monat.“	
	28a. § 63 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 3b Satz 2 und 3 wird aufgehoben.
	b) Nach Absatz 3c wird folgender Absatz 3d eingefügt:
	„(3d) Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
29. § 64a Absatz 2 wird wie folgt geändert:	29. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsgremium nach den Sätzen 2 und 3 zur Festsetzung des Inhalts einer Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Das Schiedsgremium wird von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten gebildet. § 89a Absatz 3 bis 10 sowie die Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 gelten entsprechend.“	
b) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.	
30. § 64c Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	30. u n v e r ä n d e r t
„(2) Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a anrufen. Die Anrufung des Schiedsgremiums soll unterbleiben, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben nach Absatz 1 vereinbart wurde, keine überbezirkliche Versorgung besteht oder eine Durchführung eines Modellvorhabens in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.“	
	30a. § 64d wird aufgehoben.
31. § 65c wird wie folgt geändert:	31. § 65c wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von *zwei* Jahren“ ersetzt.	a) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von **drei** Jahren“ ersetzt.
b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 5 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2013“ gestrichen.	
bb) Die Sätze 8 bis 12 werden durch folgenden Satz ersetzt:	
„Wird eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
32. § 67 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	32. u n v e r ä n d e r t
„(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden, insbesondere zur	
1. elektronischen und maschinell verwertbaren Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,	
2. Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie	
3. Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.“	
33. § 73 wird wie folgt geändert:	33. § 73 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
	b) In Absatz 1a Satz 1, 3, 4 und 5 wird jeweils das Wort „Kinderärzte“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.
b) *Dem* Absatz 1b wird *folgender Satz angefügt*:	**c)** Absatz 1b wird **wie folgt gefasst**:
„Im Übrigen gilt § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b des *Bundesdatenschutzgesetzes*.“	**„(1b) Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen; sie sind verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Der Hausarzt ist mit Zustimmung** des **Versicherten verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Ver-**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sicherten behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen vollständig zu übermitteln.“
	d) In Absatz 9 Satz 2 werden die Wörter „und zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3a“ gestrichen.
	e) In Absatz 10 Satz 1 werden nach den Wörtern „besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4“ die Wörter „sowie die sich aus den Verträgen nach § 125a ergebenden Besonderheiten“ eingefügt.
	f) Folgender Absatz 11 wird angefügt:
	„(11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und die Indikation für ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen. In medizinisch begründeten Fällen kann der Vertragsarzt auch bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden. Die Vertragsärzte sollen zum Beginn des auf den rechtskräftigen Abschluss des Vertrages nach § 125a folgenden Quartals, frühestens jedoch nach sechs Wochen, nach den Regelungen dieses Absatzes verordnen.“
34. § 73b wird wie folgt geändert:	34. § 73b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.	aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt **und wird das Wort „Kinderarztes“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendarztes“ ersetzt**.
bb) In Satz 3 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 5 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „ 20d“ durch die Angabe „ 20i“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
	c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
	„(5a) Kündigt die Krankenkasse einen Vertrag nach Absatz 4 und kommt bis zum Ablauf dieses Vertrages kein neuer Vertrag zustande, gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter. Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3.“
35. Dem § 74 werden die folgenden Sätze angefügt:	35. u n v e r ä n d e r t
„Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.“	
36. § 75 wird wie folgt geändert:	36. § 75 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird das Wort „fachärztlichen“ durch das Wort „vertragsärztlichen“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und richten Terminservicestellen ein, die *ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]* für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“	„Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise **bundesweit einheitlich** über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und **über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und** richten Terminservicestellen ein, die **spätestens zum 1. Januar 2020** für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden **und mit**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.“
cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Terminservicestelle hat	„Die Terminservicestelle hat
1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten, und	2. u n v e r ä n d e r t
3. Versicherten *ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]* in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.	3. Versicherten **spätestens zum 1. Januar 2020** in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.
Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.“	Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.“
dd) In dem bisherigen Satz 4 werden die Wörter „den zu vermittelnden“ durch das Wort „einen“ ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t
ee) In dem bisherigen Satz 5 wird das Wort „Facharzt“ durch das Wort „Arzt“ ersetzt.	ee) u n v e r ä n d e r t
ff) In dem bisherigen Satz 6 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt und werden die Wörter „die Sätze 3 bis 5“ durch die Wörter „Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6“ ersetzt.	ff) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
gg) In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.	gg) In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt**, wird nach dem Wort „Routineuntersuchungen“ ein Komma und werden die Wörter „sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt,“ eingefügt**.
hh) In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.	hh) u n v e r ä n d e r t
ii) Der bisherige Satz 10 wird folgt geändert:	ii) Der bisherige Satz 10 wird folgt geändert:
aaa) Die Wörter „bis zum 23. Oktober 2015“ werden gestrichen.	aaa) u n v e r ä n d e r t
bbb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:	bbb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
„2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem *Kinderarzt* einer Überweisung bedarf,“.	„2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem **Kinder- und Jugendarzt** einer Überweisung bedarf,“.
ccc) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3 und die Angabe „Satz 5“ wird durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	ccc) u n v e r ä n d e r t
ddd) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4 und die Angabe „Satz 7“ wird durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.	ddd) u n v e r ä n d e r t
eee) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.	eee) u n v e r ä n d e r t
jj) In dem bisherigen Satz 12 werden die Wörter „Sätze 2 bis 11“ durch die Wörter „Sätze 2 bis 12“ ersetzt.	jj) u n v e r ä n d e r t
kk) Der bisherige Satz 13 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	kk) u n v e r ä n d e r t
„Für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsicht-	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
lich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten.“	
ll) *In dem bisherigen* Satz 14 wird *das Wort „kann“ durch das Wort „unterstützt“ ersetzt, wird das Wort „unterstützen“ gestrichen und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können“ eingefügt.*	ll) **Der bisherige** Satz 14 wird **wie folgt gefasst:**
	„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement und für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement bei der Terminvermittlung; sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren zu können.“
	mm) Nach dem bisherigen Satz 14 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können darüber hinaus zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 3 auch eigene digitale Angebote bereitstellen.“
mm) In dem bisherigen Satz 15 wird das Wort „Facharztterminen“ durch das Wort „Arztterminen“ ersetzt.	**nn**) u n v e r ä n d e r t
	oo) Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 3c Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 134a Absatz 4 Satz 5 und 6“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) In Nummer 3 wird nach dem Wort „aufzustellen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.	aaa) u n v e r ä n d e r t
bbb) In Nummer 4 wird das Wort „Notdienstnummer“ durch die Wörter „Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2“ ersetzt und wird der Punkt am Endes durch ein Komma ersetzt.	bbb) u n v e r ä n d e r t
ccc) Die folgenden Nummern 5 und 6 werden angefügt:	ccc) Die folgenden Nummern 5 und 6 werden angefügt:
„5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen und	„5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 **und für ein Angebot eines elektronisch gestützten Dispositionsmanagements** aufzustellen und
6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.“	6. u n v e r ä n d e r t
bb) Folgender Satz wird angefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.“	
37. § 75a *Absatz 4* wird wie folgt geändert:	37. § 75a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 wird die Angabe „bis zum 23. Oktober 2015“ gestrichen.	**aa**) u n v e r ä n d e r t
b) Folgender Satz wird angefügt:	**bb**) u n v e r ä n d e r t
„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
	b) In Absatz 7 Nummer 3 werden vor dem Wort „bereitgestellt“ die Wörter „und für die Qualifizierung von Weiterbildern“ eingefügt.
	c) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „1 000“ durch die Angabe „2 000“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und es ist eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen“ eingefügt.
38. In § 76 Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.	38. In § 76 Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt **, wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch, wenn die Terminservicestelle Versicherte in den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 in eine Notfallambulanz vermittelt“ eingefügt**.
39. In § 77 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 105 Absatz 1a“ ersetzt.	39. u n v e r ä n d e r t
40. § 79 wird wie folgt geändert:	40. § 79 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 40 des Vierten Buches entsprechend.“
a) Absatz 4 Satz 9 wird wie folgt gefasst:	**b**) u n v e r ä n d e r t
„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie auf der Internetseite der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen.“	
b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	**c**) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	aa) u n v e r ä n d e r t
„Für den Vorstand gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.“	
	bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst.“
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	**cc**) u n v e r ä n d e r t
„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 10 sind auf	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
die Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzurechnen oder an die jeweilige Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen. Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig."	
41. Nach § 81a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:	41. Nach § 81a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:
„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:	„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:
1. die Zulassungsausschüsse nach § 96,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Stellen, die für die Abrechnungsprüfung nach § 106d zuständig sind,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Stellen, die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten nach § 75 Absatz 2 Satz 2 zuständig sind, und	3. u n v e r ä n d e r t
4. die berufsständischen Kammern.	4. die **Behörden und** berufsständischen Kammern**, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation, der Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind**.
Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind."	Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind."
	41a. Dem § 84 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen."
42. § 85 Absatz 4b bis 4f wird aufgehoben.	42. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
43. § 87 wird wie folgt geändert:	43. § 87 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch Regelungen im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte dazu verpflichten, die für die Beantragung von bewilligungspflichtigen Leistungen notwendigen Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln. Zur Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren sind die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogene Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, die für die Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen versicherungsbezogenen übermittelten Angaben zu verarbeiten.“	
b) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:	b) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:
„(1c) Die Krankenkassen können in den in § 275 Absatz 1, 2 und 3 geregelten Fällen insbesondere	„(1c) Die Krankenkassen können in den in § 275 Absatz 1, 2 und 3 geregelten Fällen insbesondere
1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. bei der Behandlung von Parodontopathien,	2. u n v e r ä n d e r t
3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen, einschließlich der Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Absatz 4 Satz 3,	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9	4. u n v e r ä n d e r t
abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des nach Satz 2 im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachtenverfahrens sein können. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen. Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.“	abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des nach Satz 2 im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachtenverfahrens sein können. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen **sowie für ihren regionalen Zuständigkeitsbereich die Partner der Gesamtverträge** können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen. Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.“
c) Absatz 2 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	c) u n v e r ä n d e r t
„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2, insbesondere bei medizinisch-technischen	

Entwurf		Beschlüsse des 14. Ausschusses	
	Geräten, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen. Grundlage der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen bilden grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Praxen von psychologischen Psychotherapeuten erhobenen Daten der Kostenstruktur; ergänzend können sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird. Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.“		
d)	Absatz 2b Satz 3 wird wie folgt gefasst:	d)	Absatz 2b Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:		„Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. ein *einmaliger* Zuschlag in Höhe von *mindestens 25* Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale*,* für den Fall, dass *die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in* der *jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht* und *behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht* in der jeweiligen *Arztpraxis untersucht und behandelt wurden*, *sowie*	1. ein Zuschlag in Höhe von **50** Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass **eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf** der **Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt** und **ein Zuschlag** in **Höhe von 50 Prozent** der jeweiligen **Versichertenpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3**,
	2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt,
	3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie
2. ein Zuschlag in Höhe von mindestens *5* Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 *aufzunehmen*."	**4**. ein Zuschlag in Höhe von mindestens **10** Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2."
e) Absatz 2c wird wie folgt geändert:	e) Absatz 2c wird wie folgt geändert:
aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] *ist bei Arztgruppen,* die *an der grundversorgenden und unmittelbaren medizinischen Versorgung*	„Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] **sind für** die **Behand-**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
teilnehmen, ein einmaliger Zuschlag auf die jeweiligen Grundpauschalen *in Höhe von mindestens 25 Prozent für den Fall* vorzusehen*, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden. Nachdem die Regelung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 6 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 getroffen worden ist, ist spätestens innerhalb von drei Monaten ein Zuschlag auf die jeweilige Grundpauschale in Höhe von mindestens 15 Prozent für den Fall vorzusehen, dass die Leistungen im Rahmen offener Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden; bei einem vollen Versorgungsauftrag ist das Vergütungsvolumen des Zuschlages je Arzt auf einen Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt. Die Abrechnung des Zuschlages nach Satz 4 hat auf Grundlage einer Überweisung nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrags nach § 82 Absatz 1 zu erfolgen. Im Falle der Abrechnung eines Zuschlages nach Satz 4 durch einen Augenarzt oder Frauenarzt bedarf es keiner Überweisung."*	**lung von Patienten folgende Zuschläge** auf die jeweiligen Grundpauschalen vorzusehen**:**
	1. ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung bis zum Ablauf des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt, sowie
	3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent der jeweiligen Grundpauschale für den Fall, dass eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ablauf des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erfolgt.“
bb) In dem bisherigen Satz 4 werden die Wörter „von Satz 3“ durch die Wörter „von den Sätzen 1 *bis 7*“ ersetzt.	bb) In dem bisherigen Satz 4 werden die Wörter „von Satz 3“ durch die Wörter „von den Sätzen 1 **und 2**“ ersetzt.
f) In Absatz 2d Satz 1 wird die Angabe „2a Satz 3,“ und die Angabe „Satz 5“ gestrichen.	f) u n v e r ä n d e r t
g) Absatz 3b Satz 3 bis 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	g) u n v e r ä n d e r t
„Erfüllt das Institut seine Aufgaben nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt entsprechend.“	
h) Absatz 3d wird wie folgt gefasst:	h) u n v e r ä n d e r t
„(3d) Über die Ausstattung des Instituts nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmittel und über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut entscheidet der Bewertungsausschuss. Die innere Organisation des Instituts ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) in der jeweils geltenden Fassung gerecht wird. Absatz 6 gilt entsprechend. Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b Satz 3 mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“	
i) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6“ ersetzt.	i) u n v e r ä n d e r t
j) Absatz 5a wird wie folgt gefasst:	j) u n v e r ä n d e r t
„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu ergänzen. Kommt durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der ergänzte Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Die Benennung der beiden unparteiischen Mitglieder durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft soll bis spätestens zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des ersten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erfolgen; § 89a Absatz 6 gilt entsprechend. Im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind nur jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die beiden unparteiischen Mitglieder stimmberechtigt. Der ergänzte erweiterte Bewertungsaus-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schuss setzt den Beschluss mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von drei Monaten fest. Wird eine Mehrheit von zwei Dritteln nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.“	
k) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	k) u n v e r ä n d e r t
aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:	
„Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 bereits vor Fristablauf das Institut nach Satz 5 beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, sofern die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen.“	
bb) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „bis 6“ durch die Angabe „bis 7“ ersetzt.	
44. § 87a wird wie folgt geändert:	44. § 87a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) Absatz 3 Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:	„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:
1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 *und 4*,	2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3,
3. Leistungen im Behandlungsfall, die auf Grund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.	4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2**,**
	5. Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärztinnen und Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, und
	6. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Absatz 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt.
Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 *und 4* genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die	Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 **bis 6** genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.“	von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.“
b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 3 ist ab dem Jahr, in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren.“	
c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 7 wird nach den Wörtern „Absatz 3 Satz 5“ die Angabe „und 6“ eingefügt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„In den Jahren, in denen die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen.“	„In den Jahren, in denen die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. **Der Bewertungsausschuss hat bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben zu beschließen, bei welchen Arztgruppen, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teil-**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nehmen, eine Vergütung nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorzusehen ist.“
45. In § 87b Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.	45. u n v e r ä n d e r t
46. § 87d wird aufgehoben.	46. u n v e r ä n d e r t
47. In § 87e Satz 1 wird nach der Angabe „§ 28 Abs. 2 Satz 2“ ein Komma und die *Angabe* „§ 29 Absatz 5 Satz 1“ eingefügt.	47. In § 87e Satz 1 wird nach der Angabe „§ 28 Abs. 2 Satz 2“ ein Komma und **werden** die **Wörter** „§ 29 Absatz 5 Satz 1“ eingefügt.
48. § 89 wird durch die folgenden §§ 89 und 89a ersetzt:	48. § 89 wird durch die folgenden §§ 89 und 89a ersetzt:
„§ 89	„§ 89
Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen	Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen
(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsämter).	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsämter).	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, *kann* auch die für das jeweilige Schiedsamt *zuständige Aufsichtsbehörde*, nachdem sie den Organisationen, die das Schiedsamt bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt *hat* und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem bei dem Schiedsamt gestellten Antrag.	(3) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, **können** auch die für das jeweilige Schiedsamt **oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden**, nachdem sie den Organisationen, die das Schiedsamt bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt **haben** und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem bei dem Schiedsamt gestellten Antrag.
(4) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen	(4) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Schiedsamt schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das Schiedsamt weiter. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.	
(5) Die Landesschiedsämter und die Bundesschiedsämter bestehen aus je vier Vertretern der Ärzte oder Zahnärzte und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Festsetzung des Inhalts eines Vertrages, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken als Vertreter der Krankenkassen nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. Die in Absatz 1 genannten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können von Satz 2 abweichende Regelungen vereinbaren. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige Schiedsamt bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.	(5) unverändert
(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.	(6) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(7) Die Mitglieder des Schiedsamts führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige Schiedsamt zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte und die Vertreter der Krankenkassen sowie ihre Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige Schiedsamt gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des Schiedsamtes teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.	(7) u n v e r ä n d e r t
(8) Das Schiedsamt ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das Schiedsamt in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des Schiedsamtes oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.	(8) u n v e r ä n d e r t
(9) Setzt das Schiedsamt innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.	(9) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(10) Die Aufsicht über die Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Bundesschiedsämter führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Aufsicht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2, den §§ 83, 85 und 87a sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.	(10) Die Aufsicht über die Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Bundesschiedsämter führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Aufsicht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter**; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter gilt auch für das Bundesversicherungsamt, sofern ihm die Entscheidungen der Schiedsämter gemäß Satz 6 vorzulegen sind**. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2, den §§ 83, 85 und 87a sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.
(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.	(11) u n v e r ä n d e r t
(12) Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Bundesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 3, 4 und 5 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.	(12) Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Bundesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, **5 Satz 4 bis 7, die Absätze** 6, 7, 8, 9 und 10 Satz 3, 4 und 5 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.
(13) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und	(13) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
die Ersatzkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Landesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 6, 7, 8, 9 und 10 Satz *3*, 4 und 5 entsprechend.	die Ersatzkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Landesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, **5 Satz 4 bis 7, die Absätze** 6, 7, 8, 9 und 10 Satz **1**, **2,** 4 und 5 **sowie die aufgrund des Absatzes 11 erlassene Verordnung** entsprechend.
§ 89a	§ 89a
Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen	Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen
(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden je ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Bundesebene.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, *kann* auch die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium *zuständige Aufsichtsbehörde*, nachdem sie den Organisationen, die das sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt *hat* und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des sektorenübergreifenden Vertrages gesetzlich vorgeschrieben Frist, das sektorenübergreifende Schiedsgremium mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium gestellten Antrag.	(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, **können** auch die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium **oder die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden**, nachdem sie den Organisationen, die das sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt **haben** und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des sektorenübergreifenden Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das sektorenübergreifende Schiedsgremium mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium gestellten Antrag.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) Kündigt eine Vertragspartei einen sektorenübergreifenden Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium weiter. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.	(5) u n v e r ä n d e r t
(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und von deren Stellvertretern durch die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.	(6) u n v e r ä n d e r t
(7) Die Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.	(7) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie deren Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.	
(8) Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.	(8) u n v e r ä n d e r t
(9) Setzt das sektorenübergreifende Schiedsgremium innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag	(9) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
geben. Klagen gegen Entscheidungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.	
(10) Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen. Die Entscheidungen der Schiedsgremien über die Vergütung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.	(10) Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen**; das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsgremien gilt auch für das Bundesversicherungsamt, soweit ihm die Entscheidungen der Schiedsgremien gemäß Satz 6 vorzulegen sind**. Die Entscheidungen der Schiedsgremien über die Vergütung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.
(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.	(11) u n v e r ä n d e r t
(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.“	(12) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
49. *In* § 90 Absatz 4 Satz *3 werden nach dem Wort „Beschlussfassung“ die Wörter „sowie das Recht zur Beantragung von Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 2 Satz 4“ eingefügt.*	49. **Dem** § 90 Absatz 4 **wird folgender** Satz **angefügt:**
	„In den Landesausschüssen umfasst das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Antragstellung.“
50. § 91 wird wie folgt geändert:	50. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 2 Satz 14 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Unparteiischen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Unparteiische von Dritten gewährt werden, sind den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen und auf die Vergütung der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen. Vereinbarungen der Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 für die Zukunftssicherung der Unparteiischen sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“	
b) In Absatz 11 Satz 1 werden die Wörter „§ 137c Absatz 1 Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5“ durch die Wörter „§ 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9“ ersetzt.	
51. § 92 wird wie folgt geändert:	51. § 92 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 werden nach der Angabe „§ 27a Absatz 1“ die Wörter „sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
	„3. die indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,“.
	bbb) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
	ccc) Nach Nummer 4 werden die folgenden Nummern 5 und 6 angefügt:
	„5. auf welche Angaben bei Verordnungen nach § 73 Absatz 11 Satz 1 verzichtet werden kann sowie
	6. die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1.“
	bb) In Satz 2 wird nach den Wörtern „Vor der Entscheidung des“ das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.
b) Dem Absatz 6a *wird folgender* Satz *angefügt:*	**c) In** Absatz 6a Satz **3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.**
„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten.“	**entfällt**
	d) In Absatz 7a werden die Wörter „§ 127 Absatz 6 Satz 1“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 9 Satz 1“ ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	e) Absatz 7e wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird das Wort „Mitberatungsrecht“ durch die Wörter „Antrags- und Mitberatungsrecht“ ersetzt.
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den beiden Vertretern der Länder zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.“
	f) In Absatz 7f Satz 1 werden die Wörter „Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind“ durch die Wörter „Antrags- und Mitberatungsrecht“ und die Wörter „Absatz 7e Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 7e Satz 2 bis 7“ ersetzt.
	51a. In § 92b Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 1. Januar 2016“ gestrichen.
	51b. In § 94 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 35 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 20i Absatz 1 und bei Beschlüssen nach § 35 Absatz 1“ ersetzt.
52. § 95 wird wie folgt geändert:	52. § 95 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ ein Komma und werden die Wörter „von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 *in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat,*“ eingefügt und wird das Semikolon und werden die Wörter „die Gründung	aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ ein Komma und werden die Wörter „von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3“ eingefügt und wird das Semikolon und werden die Wörter „die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich“ gestrichen.	oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich“ gestrichen.
bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.“	„Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt**; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten**. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.“
cc) In dem bisherigen Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort“ eingefügt.	cc) u n v e r ä n d e r t
	b) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:
	„(1b) Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums be-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	absichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:
	1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,
	2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.
	Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses.“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	**c**) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 6 wird nach dem Wort „Gesellschafter“ das Wort „entweder“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 9 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.	bb) u n v e r ä n d e r t
	cc) Nach Satz 9 wird folgender Satz eingefügt:
	„Abweichend von Satz 9 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	**d**) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „zeitlich vollen oder hälftigen“ gestrichen.	
bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz,“ eingefügt.	
cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:	
„Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.“	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
d) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	**e**) u n v e r ä n d e r t
„Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.“	
e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	**f**) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 werden die Wörter „eine hälftige Entziehung“ durch die Wörter „die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz *4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und* werden die Wörter *„bei einem anerkannten Praxisnetz nach § 87b Absatz 2* Satz *3 bleibt die Gründereigenschaft auch bei späterer Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung in dem Gebiet, in dem es gegründet wurde, bestehen*“ *eingefügt*.	bb) In Satz **3** werden die Wörter **„des Absatzes 1** Satz **4 und 5** oder“ **gestrichen**.
cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
„Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.“	„Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach **Absatz 1a** Satz **1 oder der Ärzte nach Satz** 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind**; die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch angestellte Ärzte ist jederzeit möglich**.“
dd) In dem bisherigen Satz 5 werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 1a Satz 4 erster Halbsatz“ ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t
f) In Absatz 7 Satz 1 wird nach dem Wort „endet“ ein Komma und werden die Wörter „wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird,“ eingefügt.	**g**) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
g) In Absatz 9 Satz 1 werden *nach den Wörtern „angeordnet sind“* die Wörter „*oder* der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.	**h)** In Absatz 9 Satz 1 werden **vor dem Punkt am Ende** die Wörter „**und** der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen**; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden**“ eingefügt.
h) In Absatz 9b wird die Angabe „§ 103 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 103 Absatz 3a“ ersetzt.	**i)** u n v e r ä n d e r t
53. Nach § 96 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	53. Nach § 96 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht:	„(2a) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht:
1. ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage einer Entscheidung des Landesausschusses nach § 103 Absatz 2 Satz 4 und 5,	3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage **der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden** nach § 103 Absatz 2 Satz 4,
4. Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und	6. u n v e r ä n d e r t
7. Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.	7. u n v e r ä n d e r t
Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.“	Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.“

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
54. § 101 *Absatz 1* wird wie folgt geändert:	54. § 101 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 7 wird die Angabe „1. Januar 2017“ durch die Angabe „1. Juli 2019“ ersetzt.	**aa**) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:	**bb**) u n v e r ä n d e r t
„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.“	
c) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.	**cc**) u n v e r ä n d e r t
	dd) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Rahmen einer befristeten Übergangsregelung zur Umsetzung des Auftrags nach Satz 7 bestimmen, dass die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen für einzelne Arztgruppen und Planungsbereiche zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Versorgung in verschiedenen Planungsbereichen auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auch bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 110 Prozent anordnen können. Festlegungen nach Satz 8 sind bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nur zu berücksichtigen, sofern die entsprechenden Sitze besetzt sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, ob die nach Satz 8 festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Kinderärzte“ durch die Wörter „Kinder- und Jugendärzte“ ersetzt.
55. § 103 wird wie folgt geändert:	55. § 103 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Zulassungsbeschränkungen finden befristet bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7 bei der Zulassung von Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, mindestens 80 Prozent ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen, sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, keine Anwendung, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben“ eingefügt.	**a) entfällt**
b) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:	**a)** Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:
„Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die auf ihren Antrag von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. *Der Landesausschuss legt in den von den Zulassungsbeschränkungen ausgenommenen Teilgebieten arztgruppenbezogen die Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten fest.* Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete *sowie für die Ermittlung der Anzahl und Fachrichtungen der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten* stellt der Landesausschuss *unter Beteiligung* der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien auf, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raumbeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landes-	„Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die auf ihren Antrag **für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen** von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete stellt der Landesausschuss **im Einvernehmen mit** der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien auf, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raumbeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landesplanung zuständigen Stellen zu **Grunde zu** legen. Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
planung zuständigen Stellen *zugrunde* zu legen. Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.“	§ 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.“
c) *In* Absatz 3a *Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden“ eingefügt.*	**b**) Absatz 3a **wird wie folgt geändert:**
	aa) In Satz 2 werden die Wörter „Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung“ durch die Wörter „Satz 1 gilt auch bei Verzicht auf die Hälfte oder eines Viertels der Zulassung oder bei Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung“ ersetzt.
	bb) In Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden“ eingefügt.
d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	**c**) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 5 wird wie folgt geändert:	bb) u n v e r ä n d e r t
aaa) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bbb) Folgende Nummer 9 wird angefügt:	
„9. bei medizinischen Versorgungszentren die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots; dies gilt entsprechend für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit einem besonderen Versorgungsangebot.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	cc) In Satz 9 werden die Wörter „in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 bis 6“ gestrichen.
cc) Satz 10 wird *aufgehoben.*	**dd**) Satz 10 wird **wie folgt gefasst:**
	„Hat sich ein Bewerber nach Satz 5 Nummer 7 bereit erklärt, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, kann der Zulassungsausschuss die Zulassung unter der Voraussetzung erteilen, dass sich der Bewerber zur Erfüllung dieser Versorgungsbedürfnisse verpflichtet.“
e) Absatz 4a *wird wie folgt geändert*:	**d**) **Nach** Absatz 4a **Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt**:
aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	**aa) entfällt**
„Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums durch den Arzt zu berücksichtigen. Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.“	u n v e r ä n d e r t
bb) Der bisherige Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	**bb) entfällt**
„Medizinische Versorgungszentren können auf Antrag eine Arztstelle nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
f) Absatz 4b *wird wie folgt geändert*:	e) **Nach** Absatz 4b **Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt**:
aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	**aa) entfällt**
„Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen. Im *Falle* des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.“	„Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen. Im **Fall** des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.“
bb) Der bisherige Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	**bb) entfällt**
„Vertragsärzte können auf Antrag die Stelle eines bei ihnen nach § 95 Absatz 9 Satz 1 angestellten Arztes nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“	
56. § 105 wird wie folgt geändert:	56. § 105 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat“ gestrichen.	
bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.	
b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „hat“ ersetzt, wird nach dem	aa) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wort „Strukturfonds“ das Wort „zu“ eingefügt und wird die Angabe „0,1 Prozent“ durch die Wörter „mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die“ durch das Wort „Die“ ersetzt und wird nach dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „haben“ eingefügt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:	„Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:
1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Vergabe von Stipendien,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Förderung von Eigenrichtungen nach Absatz 1b und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.	6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13**,**
	7. Förderung des Betriebs der Terminservicestellen.
Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden	Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds.“	Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds.“
c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b *und 1c* eingefügt:	c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b **bis 1d** eingefügt:
	„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.
„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen *die Feststellung* nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung *oder eine drohende ärztliche Unterversorgung* festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.	(**1c**) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.
(*1c*) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken, sofern Landesrecht dies bestimmt, an *dem Verfahren zur Vergabe von Medizinstudienplätzen sowie* der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit.“	(**1d**) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken, sofern Landesrecht dies bestimmt, an der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit.“
d) Absatz 3 wird aufgehoben.	d) u n v e r ä n d e r t
e) Absatz 4 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	e) u n v e r ä n d e r t
„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer zu zahlen. Über die Anforderungen, die an die berechtigen vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“	
	56a. § 106 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Absatz 1 bis 3“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.
	b) Nach Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend.“
57. *Dem* § 106a Absatz *4 werden* die folgenden *Sätze angefügt*:	57. § 106a Absatz **1 bis 5 wird durch** die folgenden **Absätze 1 bis 4 ersetzt**:
„In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 *Satz 2 sind als Kriterien zur Unterscheidung im Rahmen* der *Zufälligkeitsprüfungen und der Prüfungen nach Satz 3 Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers* oder *bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung* der *Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf* durch die Prüfungsstelle *anzuerkennen*, *dies gilt* insbesondere *auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen*.“	„(1) **Die Wirtschaftlichkeit** der **erbrachten ärztlichen Leistungen kann auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse**, **mehrerer Krankenkassen gemeinsam** oder der **Kassenärztlichen Vereinigung arztbezogen** durch die **jeweilige** Prüfungsstelle **nach § 106c geprüft werden. Die Prüfung kann neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen**, insbesondere **aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen**.
	(2) Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 besteht insbesondere
	1. bei begründetem Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. bei begründetem Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),
	3. bei begründetem Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
	4. bei begründetem Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel oder
	5. bei begründetem Verdacht, dass Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie unvereinbar mit dem Heil- und Kostenplan sind.
	(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere zu den Voraussetzungen nach Absatz 2 in Rahmenempfehlungen. Die Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.
	(4) Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Prüfung nach Absatz 1 hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden Ärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 und der Prüfungen nach Satz 1 als Kriterien zur Unterscheidung Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonde-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ren Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen; dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.“
58. § 106b wird die folgt geändert:	58. § 106b wird die folgt geändert:
a) Absatz *2* wird *wie folgt geändert*:	a) **Nach** Absatz **1** wird **folgender Absatz 1a eingefügt**:
	„(1a) Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln.“
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 6 wird nach dem Wort „das“ das Wort „zuständige“ eingefügt und werden die Wörter „nach § 89 Absatz 4“ durch die Angabe „gemäß § 89“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 7 wird aufgehoben.	bb) u n v e r ä n d e r t
	c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
	„(2a) Nachforderungen nach Absatz 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2 vereinbart.“
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	**d**) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „das“ das Wort „zuständige“ eingefügt und wird das Wort „nach“ durch das Wort „gemäß“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	
	e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) Die folgenden Nummern 3 und 4 werden angefügt:
	„3. Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7;
	4. Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11 Satz 1.“
59. § 106d wird wie folgt geändert:	59. § 106d wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Plausibilität“ ein Komma und werden die Wörter „auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
	b) Nach Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Maßnahmen, die aus den Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 folgen, müssen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend.“
	c) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „der Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 und“ eingefügt.
b) In Absatz 7 wird die Angabe „Abs. 4b“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.	**d**) u n v e r ä n d e r t
60. § 114 wird wie folgt geändert:	60. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „§ 89 Abs. 3 Satz 3 und 4 durch Los“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.	
b) In Absatz 5 werden die Wörter „und der erweiterten Schiedsstelle (§ 115 Abs. 3)“ gestrichen.	
61. § 115 wird wie folgt geändert:	61. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a.“	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
b) Absatz 3a wird aufgehoben.	
62. § 115b Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	62. u n v e r ä n d e r t
„(3) Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
63. § 116b Absatz 6 Satz 7 wird wie folgt gefasst:	63. u n v e r ä n d e r t
„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
64. § 117 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	64. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 5 wird die folgt gefasst:	
„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
b) Die Sätze 6, 7 und 8 werden aufgehoben.	
65. § 118 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	65. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:	
„Wird der Vertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
b) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.	
66. § 118a Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	66. u n v e r ä n d e r t
„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
67. In § 120 Absatz 3a Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 3 Satz 5“ die Angabe „und 6“ eingefügt.	67. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	67a. Die §§ 124 und 125 werden durch die folgenden §§ 124 bis 125b ersetzt:
	„§ 124
	Zulassung
	(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, die
	1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss besitzen,
	2. über eine Praxisausstattung verfügen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
	3. die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 und § 125a anerkennen.
	(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden gemeinsam und einheitlich bei einem der Landesverbände oder den Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassungen trifft. Die Arbeitsgemeinschaften sind berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe Verwaltungsakte zu erlassen, zu ändern oder aufzuheben. Die Möglichkeit der Änderung oder Aufhebung gilt auch für Verwaltungsakte, die von den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen erteilt worden sind. Die Arbeitsgemeinschaft kann sich dabei auch auf mehrere Bundesländer erstrecken. Die Kosten tragen die Landesverbände und die Ersatzkassen anteilig nach Versicherten nach der Statistik KM 6. Die Arbeitsgemeinschaft darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach Absatz 1 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. Sie hat die maßgeblichen Daten zur Zulassung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zu übermitteln, der die Krankenkassen regelmäßig über die zugelassenen Leistungserbringer informiert. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt § 124 Absatz 5 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung.
	(3) Die Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 ist berechtigt, die zuzulassenden Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen. Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu den üblichen Praxiszeiten zu gewähren. Mehrfache Praxisprüfungen durch die Arbeitsgemeinschaft sind zu vermeiden.
	(4) Die am 30. Juni 2008 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als für die Ersatzkassen gemäß Absatz 2 erteilte Zulassung weiter. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.
	(5) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzung nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllen, wenn sie über eine Praxisausstattung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 2 verfügen. Einer Zulassung bedarf es nicht. Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Absatz 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf. § 125b gilt entsprechend.
	(6) Leistungserbringer, die ihre Zulassung vor dem Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 erteilt bekommen haben, haben diesen Vertrag gegenüber der Arbeitsgemeinschaft nach Satz 2 innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Vertrages oder ab der Entscheidung durch die Schiedsstelle anzuerkennen. Die Zulassung gilt innerhalb dieses Zeitraums fort. Bis zum Inkrafttreten des jeweiligen bundesweit geltenden Vertrages nach § 125 Absatz 1 sind die geltenden Vereinbarungen nach § 125 Absatz 2 in der bis zum …

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	[einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung anzuerkennen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Anerkennung der Vereinbarung nach § 125a über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung entsprechend. Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung nach § 125a oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle ist die Anerkennung dieser Vereinbarung keine Zulassungsvoraussetzung nach Absatz 1 Nummer 3. Die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Absatz 4 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung gelten bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.
	§ 125
	Verträge
	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. Die Verträge sind mit Wirkung ab dem 1. Juli 2020 zu schließen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.
	(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:
	1. die Preise der einzelnen Leistungspositionen sowie einheitliche Regelungen für deren Abrechnung,
	2. die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	3. die erforderlichen Weiterbildungen der Leistungserbringer für besondere Maßnahmen der Physiotherapie,
	4. der Inhalt der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels einschließlich der Regelleistungszeit, die sich aus der Durchführung der einzelnen Maßnahme und der Vor- und Nachbearbeitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzt,
	5. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
	6. der Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit dem verordnenden Vertragsarzt,
	7. die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringer,
	8. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung,
	9. Vergütungsstrukturen für die Arbeitnehmer unter Berücksichtigung der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte; zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf dessen Anforderung eine Statistik über die im Rahmen von § 165 des Siebten Buches erfolgten Meldungen zu übersenden, die insbesondere die Anzahl der Arbeitnehmer, deren geleistete Arbeitsstunden sowie die geleisteten Entgelte enthalten soll, sowie
	10. personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung im Sinne des § 124 Absatz 1 Nummer 2 gewährleisten, wobei insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Voraussetzungen Richtwerte vereinbart werden können.
	(3) Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die auszuhandelnden Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. Sie haben bei der Vereinbarung der Preise für die einzelnen Leistungspositionen unter Zugrundelegung eines wirtschaftlich

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zu führenden Praxisbetriebes insbesondere Folgendes zu berücksichtigen:
	1. die Entwicklung der Personalkosten,
	2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie
	3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis.
	§ 71 findet keine Anwendung.
	(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 sollen eine gemeinsame Empfehlung zur Ausgestaltung einer barrierefreien Praxis abgeben.
	(5) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. Juli 2020 oder bis zum Ablauf einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Fristen auf die Preise für die einzelnen Leistungspositionen oder eine Anpassung dieser Preise einigen, werden der Inhalt des Vertrages oder die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 6 festgesetzt. Trifft die Schiedsstelle erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung, sind neben der Festsetzung der Preise auch Zahlbeträge zu beschließen, durch die Vergütungsausfälle ausgeglichen werden, die bei den Leistungserbringern durch die verzögerte Entscheidung der Schiedsstelle entstanden sind. Der bisherige Vertrag oder die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.
	(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden bis zum 15. November 2019 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Auf Seiten der Heilmittelerbringer erfolgt die Besetzung der Schiedsstelle für jeden Leistungsbereich getrennt voneinander. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. Für eine Abberufung der unparteiischen Mitglieder aus wichtigem Grund gilt § 89 Absatz 7 Satz 3 entsprechend. Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte; die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter tragen die Vertragsparteien selbst. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.
	(7) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern, deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit kurortspezifischen Heilmitteln schließen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.
	(8) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den für den jeweiligen Heilmittelbereich für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln schließen, soweit die Verträge nach Absatz 1 dem nicht entgegenstehen.
	(9) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 schließen einen Vertrag über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 125a
	Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung
	(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. Die Verträge sind bis zum 15. November 2020 zu schließen. Gegenstand der Verträge ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer aufgrund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Die Auswahl der Therapie darf dabei nur im Rahmen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für die jeweilige Diagnosegruppe vorgegebenen verordnungsfähigen Heilmittel erfolgen. Im Übrigen sind Abweichungen von dieser Richtlinie nur in dem von den Vertragspartnern nach Absatz 2 Nummer 2 vereinbarten Umfang möglich. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Davon abweichend ist zu den Regelungen nach Absatz 2 Nummer 1 und 7 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.
	(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:
	1. alle Indikationen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abzuweichen,
	3. einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen,
	4. Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden Preisstruktur,
	5. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu veröffentlichen hat,
	6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie
	7. Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringer über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.
	(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 15. November 2020 zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 festgesetzt.
	(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge nach Absatz 1 zu veröffentlichen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln.
	(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform der erweiterten Versorgungsverantwortung sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen.
	(6) Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 erhobenen und der nach Absatz 5 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung, der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1. Die Evaluierung hat durch einen durch die Vertragspartner gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.
	§ 125b
	Bundesweit geltende Preise
	(1) Die Verträge nach § 125 Absatz 2 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung gelten unabhängig von der vereinbarten Laufzeit nur bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 des jeweiligen Heilmittelbereichs oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle mit der Maßgabe fort, dass ab dem 1. Juli 2019 die nach Absatz 2 zu bildenden Preise gelten. Einer Kündigung dieser Verträge bedarf es nicht.
	(2) Ab dem 1. Juli 2019 gilt für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition in einer Region des Bundesgebietes vereinbart worden ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat sich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene auf die bundesweit geltenden Preise zu verständigen. § 71 findet keine Anwendung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die nach diesem Absatz festgesetzten Preise bis zum 30. Juni 2019 zu veröffentlichen. Erfolgt keine Veröffentlichung der Preise bis zum Ablauf der in Satz 4

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	genannten Frist, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Preise festsetzen; es kann dazu die Übermittlung aller bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Preise oder der bereits abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangen. Die Preise gelten mindestens bis zum 30. Juni 2020. Einer gesonderten Kündigung bedarf es nicht.
	(3) Die Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung gelten unabhängig von der vereinbarten Laufzeit nur bis zum Inkrafttreten des jeweiligen Vertrages nach § 125 Absatz 1 oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle. Einer Kündigung der Rahmenempfehlungen bedarf es nicht.“
	67b. In § 126 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Abs. 1, 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 1 und 3“ ersetzt.
68. *In* § 127 *Absatz 4a Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.*	68. § 127 **wird wie folgt geändert:**
	a) Die Absätze 1, 1a und 1b werden aufgehoben.
	b) Die Absätze 2, 2a, 3, 4, 4a, 5, 5a, 5b, 6 werden die Absätze 1 bis 9.
	c) Der neue Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
	„(1) Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt. Verträge nach Absatz 1 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung werden mit Ablauf des … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] unwirksam.“
	d) Der neue Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
	bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.“
	e) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach den Wörtern „Krankenkasse nach Absatz 1“ wird die Angabe „und 2“ gestrichen.
	bb) Die Wörter „Absatz 1 Satz 2 und 3“ werden durch die Wörter „Absatz 1 Satz 3 und 4“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	f) In Absatz 4 werden die Wörter „Absätzen 1, 2 und 3“ durch die Wörter „Absätzen 1 und 3“ ersetzt.
	g) In dem neuen Absatz 5 Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
	h) In dem neuen Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 4a“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
	i) Der neue Absatz 9 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 bis 4 gilt entsprechend“ gestrichen.
	bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene je zur Hälfte.“
	cc) In dem neuen Satz 7 werden die Wörter „Absätzen 1, 2 und 3“ durch die Wörter „Absätzen 1 und 3“ ersetzt.
69. § 129 wird wie folgt geändert:	69. u n v e r ä n d e r t
a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.	
b) In Absatz 8 Satz 4 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Absatz 10 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Es kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln.“	
70. § 130a *Absatz 2* wird wie folgt geändert:	70. § 130a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wie folgt geändert:
a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Union“ die Wörter „oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird,“ eingefügt.	**aa**) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	**b) entfällt**
„Der Abschlag nach Satz 1 erhöht sich für Impfstoffe um 5 Prozent und für saisonale Grippeimpfstoffe um 10 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers.“	
c) Nach *dem bisherigen* Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	**bb**) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
„Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend.“	u n v e r ä n d e r t
	b) Dem Absatz 8 wird folgender Satz angefügt:
	„Satz 1 gilt nicht für Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i.“
71. § 130b wird wie folgt geändert:	71. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„Das Bundesministerium für Gesundheit kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.“	
bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 6 Satz 5 wird wie folgt gefasst:	
„In der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 kann das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, das Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten geregelt werden.“	
c) In Absatz 9 Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	
72. In § 132a Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 5 und 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.	72. u n v e r ä n d e r t
73. *§ 132d wird wie folgt geändert:*	73. **entfällt**
a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:	
„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.	
(2) Im Falle der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmenden unabhängigen Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Falle der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Falle der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung."	
b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Empfehlungen nach Absatz 2" durch die Wörter „Rahmenverträgen nach Absatz 1" ersetzt.	
74. § 132e *Absatz 2* wird wie folgt *gefasst*:	74. § 132e wird wie folgt **geändert**:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst" durch die Wörter „oder den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind," ersetzt und werden die Wörter „Absatz 1 und 2" gestrichen.
	bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„In den Verträgen mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, sind insbesondere folgende Regelungen vorzusehen:
	1. Regelungen zur Förderung von Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst,
	2. Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	von Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind,
	3. Regelungen zur vereinfachten Erstattung der Kosten nach § 69 Absatz 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes, soweit die Krankenkassen zur Tragung der Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet sind und die Länder die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestreiten, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) und
	4. Regelungen zur Übernahme der für die Beschaffung von Impfstoffen anfallenden Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Krankenkassen für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Durchführung der Schutzimpfung noch nicht festgestellt ist und die nicht privat krankenversichert sind.“
	cc) Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Einigen sich die Vertragsparteien nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von drei Monaten nach einer Entscheidung gemäß § 20i Absatz 1 Satz 3 oder nach Erlass oder Änderung der Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes, legt eine von den Ver-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tragsparteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den jeweiligen Vertragsinhalt fest.“
	dd) Der bisherige Satz 6 wird wie folgt gefasst:
	„Endet ein Vertrag nach Satz 1 oder endet eine Rahmenvereinbarung nach § 20i Absatz 3 Satz 3 in der bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung, so gelten seine oder ihre Bestimmungen bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.“
	b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) *In einem Vertrag* nach *§ 129 Absatz 5* Satz 1 *über die Versorgung* mit *Impfstoffen ist zu vereinbaren, dass die Krankenkassen* den *Apotheken den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis, und eine Apothekenvergütung* von *1 Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer erstatten*. Die *Krankenkassen können von* der *Apotheke Nachweise über Bezugsquellen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise* und *vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise für Impfstoffe verlangen*.“	„(2) **Die Kassenärztliche Bundesvereinigung meldet bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen auf Grundlage der durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geplanten Bestellungen an das Paul-Ehrlich-Institut. Das Paul-Ehrlich-Institut prüft den** nach Satz 1 **übermittelten Bedarf unter Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent durch Vergleich** mit den **nach § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes mitgeteilten Daten** von **Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen bis zum 15. März eines Kalenderjahres.** Die **Prüfung nach Satz 2 erfolgt im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut. Das Ergebnis** der **Prüfung teilt das Paul-Ehrlich-Institut unverzüglich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** und **den Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen mit.**“
	74a. In § 132g Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach“ gestrichen.
	74b. In § 133 Absatz 4 wird die Angabe „§ 127 Absatz 6“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 9“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
75. § 134a *Absatz 4* wird wie folgt geändert:	75. § 134a wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a, 2b und 2c eingefügt:
	„(2a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine Vertragspartnerliste, in der alle zur Leistungserbringung zugelassenen freiberuflichen Hebammen nach Absatz 2 geführt werden. Diese enthält folgende Angaben:
	1. Bestehen einer Mitgliedschaft in einem Berufsverband und Name des Berufsverbandes oder
	2. Beitritt nach Absatz 2 Nummer 2 und dessen Widerruf sowie
	3. Unterbrechung und Beendigung der Tätigkeit,
	4. Vorname und Name der Hebamme,
	5. Anschrift der Hebamme beziehungsweise der Einrichtung,
	6. Telefonnummer der Hebamme,
	7. E-Mail-Adresse der Hebamme, soweit vorhanden,
	8. Art der Tätigkeit,
	9. Kennzeichen nach § 293.
	Die Hebammen sind verpflichtet, die Daten nach Satz 2 sowie Änderungen unverzüglich über den Berufsverband, in dem sie Mitglied sind, an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Hebammen, die nicht Mitglied in einem Berufsverband sind, haben die Daten sowie Änderungen unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Nähere Einzelheiten über die Vertragspartnerliste und die Datenübermittlungen vereinbaren die Vertragspartner im Vertrag nach Absatz 1. Sie können im Vertrag nach Absatz 1 die Übermittlung weiterer, über die Angaben nach Satz 2 hinausgehender Angaben vereinbaren, soweit dies für die Aufgabenerfüllung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erforderlich ist.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(2b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen. Er stellt auf seiner Internetseite ein elektronisches Programm zur Verfügung, mit dem die Angaben nach Absatz 2a Satz 2 Nummer 4 und 6 bis 8 sowie gegebenenfalls weitere freiwillig gemeldete Angaben abgerufen werden können.
	(2c) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die Daten nach Absatz 2 zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dieser Vorschrift zu verarbeiten. Er ist befugt und verpflichtet, die Daten nach Absatz 2a an die Krankenkassen zu übermitteln.“
a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:	**b**) **Absatz 4** Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat.“	„Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat**; die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr**.“
b) Folgender Satz wird angefügt:	**b) entfällt**
„Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.“	
76. In § 135 Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.	76. u n v e r ä n d e r t
	76a. § 136b Absatz 8 Satz 1 und 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:
	„Der Gemeinsame Bundesauschuss hat das Institut nach § 137a bei den nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgewählten vier Leistungen oder Leistungsbereichen mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität nach Abschluss des Erprobungszeitraums zu beauftragen.“
	76b. § 136c Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.
	76c. In § 137b Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „übermittelt“ durch das Wort „verarbeitet“ ersetzt.
77. § 137c Absatz 1 Satz 5 wird aufgehoben.	77. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
78. § 137e wird wie folgt geändert:	78. § 137e wird wie folgt geändert:
a) Absatz 4 *Satz 5* wird wie folgt *gefasst*:	a) Absatz 4 wird wie folgt **geändert**:
	aa) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt und werden die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ gestrichen.
	bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags *des Gemeinsamen Bundesausschusses* nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a festgelegt; abweichend von § 89a Absatz 3 Satz 1 ist der Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium festzusetzen.“	„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a festgelegt; abweichend von § 89a Absatz 3 Satz 1 ist der Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium festzusetzen.“
b) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	b) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„An der Erprobung beteiligte Medizinproduktehersteller oder Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, können auch selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragen.“	„An der Erprobung beteiligte Medizinproduktehersteller oder Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, können auch selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragen**, wenn sie diese Absicht innerhalb eines vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Zeitraums nach Inkrafttreten der Richtlinie nach Absatz 1, der zwei Monate nicht unterschreiten darf, dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitteilen**.“
c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:	c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
„(6) Die Kosten *der* von ihm *beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägt der Gemeinsame Bundesausschuss. Beruht die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts und erfolgt die Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss* nach Absatz 5	„(6) Die Kosten **einer** von ihm nach Absatz 5 Satz 1 **beauftragten** wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung **trägt** der Gemeinsame Bundesausschuss.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 1*, trägt der Gemeinsame Bundesausschuss die Kosten zunächst bis zum Abschluss der Erprobung. Die Hersteller dieses Medizinprodukts sind nach Abschluss der Erprobung verpflichtet, die entstandenen Kosten der* wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung *nach Absatz 5 in angemessenem Umfang für den Fall zu übernehmen, dass auf Grund* der Erprobung *eine Aufnahme* der *neuen Methode in die vertragsärztliche Versorgung nach § 135 erfolgt. Der angemessene Umfang der Kostenbeteiligung der Medizinproduktehersteller richtet sich nach dem Einzelfall. Die maßgeblichen Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit regelt der* Gemeinsame Bundesausschuss *in der Verfahrensordnung*.“	
d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 2 werden die Wörter „sowie eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 abzugeben“ gestrichen.	
bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Erkenntnisse“ das Wort „unverzüglich“ eingefügt.	
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt. Die Kostentragung hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung richtet sich nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6. Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Erprobung ablehnt, weil er den Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt ansieht, gilt Satz 4 entsprechend.“	
e) In Absatz 8 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „zu dem Verfahren der Erprobung sowie zu der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu beauftragen“ eingefügt.	e) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	78a. Dem § 137f wird folgender Absatz 8 angefügt:
	„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach Absatz 2 sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach Absatz 2 Satz 6 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen in den Programmen auch dann vorsehen, wenn sie bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinien zu den Anforderungen nach Absatz 2 aufgenommen wurden.“
79. § 137h wird wie folgt geändert:	79. § 137h wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts“ eingefügt und wird nach den Wörtern „Anwendung des Medizinprodukts“ ein Komma und werden die Wörter „insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt,“ eingefügt.	
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Nur wenn die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, erfolgt eine Bewertung nach Satz 4.“	
cc) In Satz 3 werden die Wörter „Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf,“ durch die Wörter „Vor der Bewertung“ und die Wörter „den jeweils“ durch das Wort „weiteren“ ersetzt.	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
dd) Satz 4 Nummer 2 und 3 wird wie folgt gefasst:	
„2. die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist oder	
3. weder der Nutzen noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist.“	
b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.
	bb) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	**d**) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nummer 2“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „eine Prüfung des Potentials der Methode erfolgt nicht“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.
	cc) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	**dd**) u n v e r ä n d e r t
„Die Methode wird im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinprodukts regeln, das im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode angewendet wird, insbesondere einen befristeten Zeitraum für dessen Abrechnungsfähigkeit festlegen. Die betroffenen Hersteller haben dem Gemeinsamen Bundesausschuss unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte nach Artikel 86 der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1) sowie weitere klinische Daten, die sie im Rahmen der ihnen nach Artikel 83 der Verordnung (EU) 2017/745 obliegenden Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gewonnen haben, zu übermitteln.“	
cc) Der bisherige Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	**ee**) u n v e r ä n d e r t
„Nach Abschluss der Erprobung oder im Falle einer vorzeitigen Beendigung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c. Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt.“	
d) In Absatz 5 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 2“ ersetzt.	**e**) In Absatz 5 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 2“ ersetzt **und werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.
e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	**f**) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „Hersteller von Medizinprodukten“ ein Komma und werden die Wörter „auf deren Wunsch auch unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus,“ eingefügt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie zu dem Verfahren einer Erprobung einschließlich der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zu beauftragen“ eingefügt.	
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Für die Hersteller von Medizinprodukten ist die Beratung gebührenpflichtig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die diesen im Rahmen der Beratung von Medizinprodukteherstellern nach Satz 1 entstandenen Kosten zu erstatten, soweit diese Kosten vom Medizinproduktehersteller getragen werden. Das Nähere einschließlich der Erstattung der entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.“	
	79a. § 137i wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 3 Satz 5 wird vor dem Wort „entsprechend“ das Wort „erforderlichenfalls“ eingefügt.
	b) Dem Absatz 4b werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Zudem vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die nach Absatz 3a Satz 2 vom Institut für das Entgeltsystem im Kran-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	kenhaus zur Lieferung von Daten ausgewählt wurden und ihre Pflicht zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes über Verstöße gegen die in den Sätzen 1 und 2 genannten Pflichten der Krankenhäuser.“
	c) Absatz 4c wird wie folgt gefasst:
	„(4c) Widerspruch und Klage gegen Maßnahmen zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, gegen Maßnahmen zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern sowie gegen Maßnahmen zur Begründung der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 2 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“
	d) Absatz 6 wird aufgehoben und Absatz 7 wird Absatz 6.
80. § 140a wird wie folgt geändert:	80. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „ 20d“ durch die Angabe „ 20i“ ersetzt.	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.	
cc) In Satz 4 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.	
	80a. In § 140f Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1,“ gestrichen und werden die Wörter „§ 127 Absatz 1a Satz 1, Absatz 5b und 6“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 8 und 9“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	80b. Die Überschrift zu § 142 wird wie folgt gefasst:
	„§ 142
	Sachverständigenrat“.
81. § 188 Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.	81. u n v e r ä n d e r t
82. In § 190 Absatz 11a wird die Angabe „Nr. 6“ durch die Wörter „Satz 1 Nummer 6 in der am … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung“ ersetzt.	82. u n v e r ä n d e r t
83. Nach § 197a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:	83. Nach § 197a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:
„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:	„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:
1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,	3. u n v e r ä n d e r t
4. den Medizinischen Dienst und	4. u n v e r ä n d e r t
5. die berufsständischen Kammern.	5. die **Behörden und** berufsständischen Kammern**, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind**.
Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 über-	Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 über-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
mitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“	mitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“
84. Dem § 217b Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:	84. u n v e r ä n d e r t
„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach § 35a Absatz 6 Satz 3 des Vierten Buches sind auf die Vergütungen der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“	
85. Dem § 217f wird folgender Absatz 8 angefügt:	85. u n v e r ä n d e r t
„(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung für die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Musterkassenordnung nach § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung aufzustellen.“	
	85a. Dem § 219b wird folgender Satz angefügt:
	„Der Austausch weiterer Daten zwischen den in Satz 1 genannten Stellen im automatisierten Verfahren zur Erfüllung der in § 219a genannten Aufgaben erfolgt nach Gemeinsamen Verfahrensgrundsätzen, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. bestimmt werden.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	85b. § 219c wird aufgehoben.
	85c. In § 221 Absatz 1 werden die Wörter „10,5 Milliarden Euro für das Jahr 2014, 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2015, 14 Milliarden Euro für das Jahr 2016 und ab dem Jahr 2017“ gestrichen.
86. In § 225 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12“ ersetzt.	86. u n v e r ä n d e r t
87. Dem § 228 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	87. u n v e r ä n d e r t
„Ein Beitragsbescheid ist abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 des Zehnten Buches mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben, soweit Nachzahlungen nach den Sätzen 1 und 2 bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind.“	
88. § 235 wird wie folgt geändert:	88. u n v e r ä n d e r t
a) In der Überschrift wird das Wort „Behinderten“ durch die Wörter „Menschen mit Behinderungen“ ersetzt.	
b) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „gilt“ durch das Wort „gelten“ ersetzt und werden die Wörter „vom Hundert“ durch das Wort „Prozent“ ersetzt.	
c) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.	
89. In § 237 Satz 3 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und für“ eingefügt.	89. u n v e r ä n d e r t
	89a. In § 240 Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „nach Absatz 4 Satz 1 oder Satz 2“ gestrichen.
90. § 256 wird wie folgt geändert:	90. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Komma und werden die Wörter „die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen,“ gestrichen.	
b) Absatz 4 wird aufgehoben.	
	90a. Dem § 270 wird folgender Absatz 3 angefügt:
	„(3) Das Bundesversicherungsamt mindert für eine Krankenkasse, die laut erstmaliger Mitteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 11 ihrer Verpflichtung nach § 291a Absatz 5c

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	Satz 4 nicht nachgekommen ist, die nach § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c um 2,5 Prozent. Die nach § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich berechnete Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 für eine Krankenkasse um 7,5 Prozent zu mindern, wenn in dem auf das jeweilige Ausgleichsjahr folgenden Jahr eine weitere Mitteilung nach § 291a Absatz 5c Satz 11 und 12 zu derselben Krankenkasse erfolgt. Das Bundesversicherungsamt teilt den Sanktionsbetrag der Krankenkasse in einem Bescheid mit. Klagen gegen die Höhe der Sanktion haben keine aufschiebende Wirkung.“
91. Dem § 274 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	91. Dem § 274 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
„*Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen seiner Prüfungen* nach *Satz 2* in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer *oder* spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit einzelnen Bereichen der *Prüfungen* beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.“	„**Die mit der Prüfung** nach **diesem Absatz befassten Stellen können** in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer**,** spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien **oder IT-Berater** mit einzelnen Bereichen der **Prüfung** beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.“
92. *Dem* § 275 *Absatz 1* wird *folgender Satz angefügt*:	92. § 275 wird **wie folgt geändert**:
	a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.“	u n v e r ä n d e r t
	b) Absatz 1b wird aufgehoben.
	92a. In § 276 Absatz 2 Satz 1 und 3 wird jeweils die Angabe „§ 275“ durch die Wörter „den §§ 275, 275a und 275b“ ersetzt.
93. § 279 Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	93. u n v e r ä n d e r t
„Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen.“	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
94. Dem § 282 Absatz 2d werden die folgenden Sätze angefügt:	94. u n v e r ä n d e r t
„Eine höhere Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters, die über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der betreffenden Person oder ihres Vorgängers im Amt hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden. Es kann zur Erhöhung der Vergütung nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann jeweils zu den in Satz 6 genannten Zeitpunkten eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 279 Absatz 4 Satz 5 sind auf die Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“	
95. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	95. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 7 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Nummer 12 werden die Wörter „Vergütungsverträgen nach dem § 87a“ durch die Wörter „von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Nummer 13 werden die Wörter „soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden,“ gestrichen.	c) u n v e r ä n d e r t
	d) In Nummer 16a wird die Angabe „§ 127 Absatz 5a“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 7“ ersetzt.
	e) Die Nummern 16a und 17 werden die Nummern 17 und 18.
	95a. In § 285 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 17a der Röntgenverordnung und den ärztlichen Stellen nach § 83“ durch die Angabe „§ 128 Absatz 1“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	95b. Dem § 291 Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten ab dem 1. Dezember 2019 auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“
96. § 291a wird wie folgt geändert:	96. § 291a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Nummer 4 werden die Wörter „den Patienten“ durch die Wörter „die Versicherten sowie durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten“ ersetzt.	
bbb) Nummer 5 wird aufgehoben.	
bb) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.	
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 8 wird die Angabe „Nummer 5“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.	
bb) Nach Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:	
„Ein Zugriff nach Satz 8 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder elektronisch erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen.“	
cc) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Nummer 5“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.	
c) Absatz 5c wird wie folgt geändert:	c) Absatz 5c wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	aa) u n v e r ä n d e r t
„Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. Daten über den Versicherten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können und	
2. Versicherte für die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Daten zur Verfügung stellen können.“	
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte *oder* Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen.“	„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte **und** Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen**. Bis alle Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nachgekommen sind, prüft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum Stichtag 1. Januar eines Jahres, erstmals zum 1. Januar 2021, ob die Krankenkassen ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte nach Satz 4 zur Verfügung gestellt haben. Ist eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dies durch Bescheid fest. In dem Bescheid ist die betroffene**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankenkasse über die Sanktionierung gemäß § 270 Absatz 3 zu informieren. Klagen gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Bundesversicherungsamt erstmalig bis zum 15. Januar 2021 mit, welche Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen sind. Die Mitteilung nach Satz 11 erfolgt jeweils zum 15. Januar des Jahres, an dem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bescheid festgestellt hat, dass eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen ist.“
d) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „5 und“ durch die Angabe „4 und“ ersetzt.	d) u n v e r ä n d e r t
	e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „Der Spitzenverband“ durch die Wörter „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband“ ersetzt.
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „Sie nehmen“ durch die Wörter „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen nehmen“ ersetzt.
e) In Absatz 7b Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 2“ ersetzt.	**f)** u n v e r ä n d e r t
f) In Absatz 7d Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 2“ ersetzt.	**g)** u n v e r ä n d e r t
97. § 291b wird wie folgt geändert:	97. § 291b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 *Satz 12* wird *aufgehoben.*	a) Absatz 1 wird **wie folgt geändert:**
	aa) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit den übrigen Spitzenorganisationen nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 291a Absatz 7 Satz 1, der Gesellschaft für Telematik, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundespsychotherapeutenkammer, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen. Um einen strukturierten Prozess zu gewährleisten, erstellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb von vier Wochen nach dem … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] eine Verfahrensordnung zur Herstellung des Benehmens nach Satz 7. Innerhalb von vier Wochen nach Erstellung der Verfahrensordnung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Benehmen hierzu mit den nach Satz 7 zu Beteiligenden herzustellen. Die Gesellschaft für Telematik kann der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 7 angemessene Fristen, entsprechend dem Projektstand, setzen; hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung die jeweilige Frist nicht ein, kann die Gesellschaft für Telematik die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Erstellung der jeweiligen Festlegungen nach Satz 7 im Benehmen mit den in

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Satz 7 genannten Organisationen beauftragen. Satz 8 findet entsprechende Anwendung. Das Verfahren für das Vorgehen nach Fristablauf legt die Gesellschaft für Telematik fest. Die Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 7 oder die Festlegungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Satz 11 zweiter Halbsatz sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Sie können nur durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 291a Absatz 7 Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. Eine Entscheidung der Spitzenorganisationen nach Satz 15 erfolgt mit der einfachen Mehrheit der sich aus deren Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen. Die Festlegungen nach den Sätzen 7, 11 zweiter Halbsatz und Satz 15 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 entstandenen Kosten durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Satz 18 gilt für die Deutsche Krankenhausgesellschaft entsprechend, sofern diese nach Satz 11 zweiter Halbsatz die Aufgabe nach Satz 7 erfüllt.“
	bb) Die bisherigen Sätze 9 bis 14 werden aufgehoben.
b) Dem Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt:	b) Dem Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt:
„Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von den Sätzen 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach	„Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von den Sätzen 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum *30. April 2019* zu veröffentlichen.“	Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum **… [einsetzen: Datum des letzten Tages der zweiten auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche]** zu veröffentlichen.“
	c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
	„(2) Der Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik, die auf der Grundlage des § 291a Absatz 7 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] geltenden Fassung gegründet worden ist, ist nach folgenden Grundsätzen anzupassen:
	1. Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, und die in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Die Geschäftsanteile entfallen zu 51 Prozent auf die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu 24,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und zu 24,5 Prozent auf die anderen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen. Die Gesellschafter können den Beitritt weiterer Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung beschließen; im Fall eines Beitritts sind die Geschäftsanteile innerhalb der Gruppen der Kostenträger und Leistungserbringer entsprechend anzupassen;
	2. unbeschadet zwingender gesetzlicher Mehrheitserfordernisse entscheiden die Gesellschafter mit der einfachen Mehrheit der sich aus den Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen.“
	d) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 9 werden die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ gestrichen.
	bb) In Satz 10 werden die Wörter „Die Gesellschafter, der Geschäftsführer

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Gesellschaft für Telematik sowie das Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Wörter „Die Gesellschafter und die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik“ ersetzt.
	e) **Absatz 3 wird aufgehoben.**
c) *In* Absatz 4 *Satz 3* wird *vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch für die Apothekerkammern der Länder für Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentisierung, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist“ eingefügt.*	**f)** Absatz 4 wird **wie folgt gefasst:**
	„(4) Die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur sind für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; dies gilt auch für Apothekerkammern der Länder für Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist. Vor der Beschlussfassung hat die Gesellschaft für Telematik dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern Belange des Datenschutzes oder der Datensicherheit berührt sind.“
	g) **Absatz 5 wird aufgehoben.**
d) Nach Absatz 6 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	**h**) u n v e r ä n d e r t
„Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über Meldungen nach Satz 4 zu informieren.“	
e) Folgender Absatz 9 wird angefügt:	**e)** **entfällt**
„(9) Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen und nach dessen Vorgaben über	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren und Unterlagen vorzulegen.“	
	97a. § 291c wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik“ durch die Wörter „Spitzenorganisationen“ ersetzt.
	b) Absatz 6 wird aufgehoben.
	c) Absatz 7 Satz 1 bis 3 wird aufgehoben.
98. § 293 Absatz 7 Satz 12 wird wie folgt gefasst:	98. u n v e r ä n d e r t
„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 10 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“	
99. § 295 wird wie folgt geändert:	99. § 295 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde,“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 1a wird die Angabe „§ 106a“ durch die Angabe „§ 106d“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ eingefügt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:	d) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:
„Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3	„Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gelten auch für Leistungserbringer nach *Absatz 1b Satz 1,* § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a, § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.“	§ 27b Absatz 3, § **73b, §** 76 Absatz 1a, **den §§ 116, 116a, 116b Absatz 2, den §§ 117 bis 119,** § **119c,** § 120 Absatz 1a**, den §§ 121a,** 137f und **140a** sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen**. Die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie von Prüfmaßstäben nach Satz 3 und die jährliche Aktualisierung nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu beschließen, sofern Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 wesentlich von Leistungserbringern nach Satz 5, mit Ausnahme von Leistungserbringern nach den §§ 73b und 140a, vergeben werden**.“
100. § 295a wird wie folgt geändert:	100. u n v e r ä n d e r t
a) In der Überschrift wird nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.	
	100a. § 297 wird wie folgt geändert:
	a) Die Absätze 1 und 3 werden aufgehoben.
	b) Absatz 2 wird Absatz 1 und Satz 2 wird aufgehoben.
	c) Absatz 4 wird Absatz 2 und Satz 4 wird aufgehoben.
101. § 299 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	101. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „gemäß § 135a Absatz 2“ die Wörter „sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Satz 5 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und	
a) die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre oder	
b) die Richtigkeit der Behandlungsdokumentation Gegenstand der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 ist;	
die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“	
c) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Abweichend von Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz können die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b und die Vereinbarungen nach § 137d vorsehen, dass den Leistungserbringern nach Satz 1 die Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang übermittelt werden. Die Leistungserbringer dürfen diese versichertenbezogenen Daten mit den Daten, die bei ihnen zu den Versicherten bereits vorliegen, zusammenführen und für die in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen nach Satz 1 festgelegten Zwecke verarbeiten.“	
	101a. § 301 Absatz 5 Satz 3 wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
102. § 305 wird wie folgt geändert:	102. § 305 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Auf Verlangen der Versicherten und mit deren ausdrücklicher Einwilligung sollen die Krankenkassen an Dritte, die die Versicherten benannt haben, Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher elektronischer Gesundheitsakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nach Satz 1 nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von Dritten eingesehen werden können. Zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung, ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden. Die für die Unterrichtung nach Satz 1 und für die Übermittlung nach Satz 2 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet werden. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten und die Übermittlung der Daten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung nach Satz 1 und über die Übermittlung nach Satz 2 regeln.“	
b) In Absatz 2 Satz 5 werden die Wörter „schriftlich in verständlicher Form“ durch die Wörter „in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
	c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 127 Absatz 1 Satz 4, Absatz 3 und 4a“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 3 und 5“ ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
103. Folgender § *323* wird angefügt:	103. Folgender § **326** wird angefügt:
„§ *323*	„§ **326**
Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter	Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter
(1) § 79 Absatz 6 Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 15, § 217b Absatz 2 Satz 8 und § 282 Absatz 2d Satz 6 gelten auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung] zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. § 79 Absatz 6 Satz 5 bis 8, § 91 Absatz 2 Satz 16 bis 19, § 217b Absatz 2 Satz 9 bis 12, § 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10 gelten nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung] zugestimmt hat.	(1) § 79 Absatz 6 Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 15, § 217b Absatz 2 Satz 8 und § 282 Absatz 2d Satz 6 gelten auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung **dieses Gesetzes**] zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. § 79 Absatz 6 Satz 5 bis 8, § 91 Absatz 2 Satz 16 bis 19, § 217b Absatz 2 Satz 9 bis 12, § 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10 gelten nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung **dieses Gesetzes**] zugestimmt hat. **Die zur Zukunftssicherung vertraglich vereinbarten nicht beitragsorientierten Zusagen, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] zugestimmt hat, dürfen auch bei Abschluss eines neuen Vertrages mit derselben Person in dem im vorhergehenden Vertrag vereinbarten Durchführungsweg und Umfang fortgeführt werden.**
(2) Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 5, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 9 und § 282 Absatz 2d Satz 6 kann bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden. Zu Beginn der darauf folgenden Amtszeiten oder der *darauffolgenden* Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters kann bei der Erhöhung der Grundvergütung nur die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.“	(2) Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 5, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 9 und § 282 Absatz 2d Satz 6 kann bis zum 31. Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden. Zu Beginn der darauf folgenden Amtszeiten oder **im Zeitpunkt** der **darauf folgenden** Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters kann bei der Erhöhung der Grundvergütung nur die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.“

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 2	**Artikel 2**
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 49 Absatz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „Beginn der Arbeitsunfähigkeit" die Wörter „oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz *2*" eingefügt.	1. In § 49 Absatz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „Beginn der Arbeitsunfähigkeit" die Wörter „oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz **7**" eingefügt.
2. § 55 wird wie folgt geändert:	2. § 55 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 werden die Wörter „50 vom Hundert" durch die Angabe „60 Prozent" ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 3 werden die Wörter „um 20 vom Hundert" durch die Wörter „auf 70 Prozent" ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 5 werden die Wörter „um weitere 10 vom Hundert" durch die Wörter „auf 75 Prozent" ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
	dd) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
	„In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat."
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Betrag in jeweils gleicher Höhe" durch die Wörter „Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung" und die Wörter	b) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„den doppelten Festzuschuss“ durch die Wörter „den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung“ ersetzt.	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 2 werden die Wörter „zweifachen Festzuschusses“ durch die Wörter „Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „der zweifachen Festzuschüsse“ durch die Wörter „eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.	
	2a. In § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 wird vor dem Komma am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden“ eingefügt.
3. § 295 wird wie folgt geändert:	3. § 295 wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 295	
Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“.	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:	aa) u n v e r ä n d e r t
„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,“.	
bb) *Nach* Satz *1* wird *folgender Satz eingefügt*:	bb) **Folgender** Satz wird **angefügt**:
„Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektro-	u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
nisch an die Krankenkasse zu übermitteln; dies gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.“	
Artikel 3	**Artikel 3**
Änderung des Bundesvertriebenengesetzes	**Änderung des Bundesvertriebenengesetzes**
§ 11 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I S. 1902), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	§ 11 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I S. 1902), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankengeld und Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch längstens für 182 Tage,“ gestrichen.	
b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Auf Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf Krankengeld nach § 24b Absatz 2 Satz 2 und den §§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht kein Anspruch.“	
2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird aufgehoben.	
b) In Satz 2 wird das Komma und werden die Wörter „ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn festgestellt wurde, dass ein Bezieher von Eingliederungshilfe bereits bei Beginn des Leistungsbezugs arbeitsunfähig war“ gestrichen.	
3. Absatz 4 wird aufgehoben.	3. u n v e r ä n d e r t
4. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:	4. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
„(5) Die *Berechtigten* nach *Absatz 1 haben unverzüglich eine* Krankenkasse *zu wählen, die die Leistungen gewährt*. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, das nach § 8 für den Spätaussiedler als Aufnahmeland	„(5) Die **Leistungen gewährt die** nach **§ 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung gewählte** Krankenkasse. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, das nach § 8 für den Spätaussiedler als

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
festgelegt ist oder festgelegt wird. Wird das Wahlrecht nach Satz 1 nicht ausgeübt, *gelten § 28i des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und § 175 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend*.“	Aufnahmeland festgelegt ist oder festgelegt wird. Wird das Wahlrecht nach Satz 1 nicht ausgeübt, **wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse**.“
5. *Die Absätze* 6 *und 7a werden* aufgehoben.	5. **Absatz** 6 **wird** aufgehoben.
	6. Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Ferner sind hierbei und bei der Erstattung des Aufwands der Krankenkassen untereinander für den Fall, dass eine Versicherung nicht bei der Krankenkasse zustande kommt, die die Leistungen nach § 11 erbracht hat, das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden; für die Erstattung der Krankenkassen untereinander gilt § 103 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“
	7. Absatz 7a wird aufgehoben.
6. In Absatz 8 wird die Angabe „bis 7a“ durch die Angabe „bis 7“ ersetzt.	**8**. u n v e r ä n d e r t
Artikel 4	**Artikel 4**
Änderung des Sozialgerichtsgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1151) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Absatz 2 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Klagen gegen Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „sowie der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ und nach den Wörtern „Beanstandungen von Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ eingefügt.	
2. Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
a) In Nummer 1 werden die Wörter „gemeinsame Schiedsämter nach § 89 Abs. 4“ durch die Wörter „Bundesschiedsämter nach § 89 Absatz 2“ ersetzt, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, werden die Wörter „des Bundesschiedsamtes nach § 89 Abs. 7“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
durch die Wörter „des weiteren Schiedsamtes auf Bundesebene nach § 89 Absatz 12“ ersetzt und wird vor dem Wort „sowie“ ein Komma und werden die Wörter „des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.	
b) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Bundesschiedsämtern“ die Wörter „und dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene“ eingefügt.	
Artikel 5	**Artikel 5**
Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
§ 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 10 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
2. Folgende Nummer 4 wird angefügt:	
„4. Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten, die zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen.“	
Artikel 6	**Artikel 6**
Änderung der Schiedsamtsverordnung	**Änderung der Schiedsamtsverordnung**
Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Überschrift des ersten Abschnitts wird gestrichen.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 1 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Die Absätze 1 bis 4 werden aufgehoben.	
b) In Absatz 5 wird die Absatzbezeichnung „(5)“ gestrichen und werden nach dem Wort	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„Bundesschiedsämter“ die Wörter „sowie für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene“ eingefügt.	
3. § 2 wird wie folgt gefasst:	3. u n v e r ä n d e r t
„§ 2	
Wird ein Landesschiedsamt oder ein sektorenübergreifendes Landesschiedsgremium für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher oder Kassenzahnärztlicher Vereinigungen errichtet, so sollen sich die Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so schlagen sie je bis zu sieben Vertreter und sieben Stellvertreter vor. In diesem Fall entscheidet das Los darüber, wer von den als Vertreter Vorgeschlagenen als Vertreter und, soweit die Anzahl der als Stellvertreter Vorgeschlagenen die erforderliche Anzahl überschreitet, wer als Stellvertreter bestellt ist.“	
4. § 3 Satz 1 wird aufgehoben.	4. u n v e r ä n d e r t
5. § 4 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird aufgehoben.	
bb) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Bei einer Abberufung der unparteiischen Mitglieder und ihrer Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde sind die Organisationen vorher zu hören, die das jeweilige Schiedsamts oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben.“	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Die Abberufung der Vertreter oder ihrer Stellvertreter durch die Organisationen, die sie bestellt haben, ist dem Vorsitzenden mitzuteilen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Mitgliedschaft“ die Wörter „der Vertreter oder ihrer Stellvertreter“ eingefügt.	
cc) Satz 3 wird aufgehoben.	
6. § 5 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird aufgehoben.	
b) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Legen die Vertreter ihr Amt nieder, hat die für die Bestellung zuständige Organisation den Vorsitzenden des jeweiligen Schiedsamtes oder des jeweiligen sektorenübergreifende Schiedsgremiums zu benachrichtigen.“	
c) Satz 3 wird aufgehoben.	
d) Der bisherigen Satz 4 wird wie folgt gefasst:	
„Legen die unparteiischen Mitglieder ihr Amt nieder, so haben sie dies der für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen.“	
e) In dem bisherigen Satz 5 werden nach dem Wort „Erklärungen“ die Wörter „über die Amtsniederlegung“ eingefügt.	
f) Folgender Satz wird angefügt:	
„§ 4 Absatz 2 Satz 2 gilt.“	
7. § 6 wird aufgehoben.	7. u n v e r ä n d e r t
8. § 7 wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird jeweils das Wort „Körperschaften“ durch das Wort „Organisationen“ ersetzt und werden nach dem Wort „Schiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien“ eingefügt.	
b) In Satz 2 wird das Wort „Körperschaft“ durch das Wort „Organisation“ ersetzt.	
9. In § 8 Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt und werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene“ eingefügt.	9. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
10. § 9 wird wie folgt geändert:	10. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt und werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.	
b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „oder der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.	
11. In § 10 Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt, werden nach dem Wort „Schiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien“ eingefügt und wird das Wort „Körperschaften“ durch das Wort „Organisationen“ ersetzt.	11. u n v e r ä n d e r t
12. § 11 wird wie folgt geändert:	12. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.	
b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene“ eingefügt.	
c) In Satz 3 wird das Wort „Schiedsamtsverfahrens“ durch das Wort „Schiedsverfahrens“ ersetzt.	
13. *In* § 12 Satz 1 *werden die Wörter „Die Körperschaften“ durch die Wörter „Die die Schiedsämter bildenden Körperschaften“ ersetzt.*	13. § 12 Satz 1 **wird wie folgt gefasst:**
	„Die die Schiedsämter bildenden Körperschaften tragen die Kosten für die von ihnen oder der zuständigen Aufsichtsbehörde bestellten Vertreter selbst.“
14. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:	14. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:
„§ 12a	„§ 12a
Die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, tragen die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter	Die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, tragen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
selbst. Die nach Abzug der Gebühren nach § 20 verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Organisationen zu je einem Drittel. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemisst sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilig.“	die Kosten für die von ihnen **oder der zuständigen Aufsichtsbehörde** bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren nach § 20 verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Organisationen zu je einem Drittel. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemisst sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilig.“
15. § 13 wird aufgehoben.	15. u n v e r ä n d e r t
16. § 14 wird wie folgt gefasst:	16. u n v e r ä n d e r t
„§ 14	
Ist für die Einleitung des Schiedsverfahrens ein Antrag erforderlich, ist dieser schriftlich bei dem Vorsitzenden des zuständigen Schiedsamtes oder des zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zu stellen. Die Vertragspartei, die den Antrag gestellt hat, hat in dem Antrag den Sachverhalt zu erläutern, ein zusammenfassendes Ergebnis der vorangegangenen Verhandlungen darzulegen sowie die Teile des Vertrages aufzuführen, über die eine Einigung nicht zustande gekommen ist.“	
17. In § 15 wird das Wort „Schiedsamt“ durch die Wörter „zuständigen Schiedsamt oder dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium“ ersetzt.	17. u n v e r ä n d e r t
18. § 16 wird wie folgt geändert:	18. § 16 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Schiedsamt“ die Wörter „oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) *Folgender Satz wird* angefügt:	b) **Die folgenden Sätze werden** angefügt:
„Die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde ist zu allen Sitzungen des jeweiligen *Schiedsamtes* oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen.“	„Die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde ist zu allen Sitzungen des jeweiligen **Schiedsamts** oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen**. Das Bundesversicherungsamt ist ebenfalls zu den Sitzungen des jeweiligen Schiedsamts oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen, sofern in**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	den Sitzungen Entscheidungen verhandelt werden, die dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind.“
19. § 16a wird aufgehoben.	19. u n v e r ä n d e r t
20. § 17 wird wie folgt gefasst:	20. u n v e r ä n d e r t
„§ 17	
Sachverständige und Zeugen, die auf Beschluss eines Schiedsamts oder eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums hinzugezogen worden sind, sind entsprechend dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz zu vergüten oder zu entschädigen.“	
21. § 18 wird wie folgt geändert:	21. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird aufgehoben.	
b) In Absatz 2 wird die Absatzbezeichnung „(2)“ gestrichen.	
22. § 19 wird wie folgt geändert:	22. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Schiedsamts“ die Wörter „oder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums“ eingefügt.	
b) Satz 3 wird aufgehoben.	
23. § 20 wird wie folgt geändert:	23. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Für die Festsetzung eines Vertrages durch ein Schiedsamt oder durch ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium wird eine Gebühr in Höhe von 200 bis 1 200 Euro erhoben; der Vorsitzende setzt die Gebühr nach der Bedeutung und Schwierigkeit des jeweiligen Falles fest.“	
b) In Satz 2 wird das Wort „Schiedsamtsverfahren“ durch das Wort „Schiedsverfahren“ ersetzt.	
24. In § 21 werden nach dem Wort „Schiedsamt“ die Wörter „oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ eingefügt und wird das Wort „Schiedsamtsverfahren“ durch das Wort „Schiedsverfahren“ ersetzt.	24. u n v e r ä n d e r t
25. In § 22 Satz 1 werden die Wörter „zur Hälfte“ durch die Wörter „in gleichen Anteilen“ ersetzt.	25. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
26. Der zweite und dritte Abschnitt werden aufgehoben.	26. u n v e r ä n d e r t
Artikel 7	**Artikel 7**
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**
§ 35a Absatz 6 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel *7a* des Gesetzes vom 18. *Juli 2017* (BGBl. I S. *2757*) geändert worden ist, wird wie folgt *gefasst*:	**Das Vierte Buch** Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel **4** des Gesetzes vom 18. **Dezember 2018** (BGBl. I S. **2651**) geändert worden ist, wird wie folgt **geändert**:
	1. Der Inhaltsübersicht wird folgende Angabe angefügt:
	„§ 120 Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen“.
	2. § 35a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift sowie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse zu veröffentlichen.“	u n v e r ä n d e r t
	b) Absatz 6a wird wie folgt geändert:
	aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
	„Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“
	3. Folgender § 121 wird angefügt:
	„§ 121
	Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen
	§ 35a Absatz 6a Satz 4 und 5 gilt nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] zugestimmt hat. Die zur Zukunftssicherung eines Vorstandsmitglieds vertraglich vereinbarten nicht beitragsorientierten Zusagen, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] zugestimmt hat, dürfen auch bei Abschluss eines neuen Vertrages mit diesem Vorstandsmitglied in dem im vorhergehenden Vertrag vereinbarten Durchführungsweg und Umfang fortgeführt werden.“
Artikel 8	**Artikel 8**
Änderung der Schiedsstellenverordnung	**u n v e r ä n d e r t**
In § 2 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 1e des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) geändert worden ist, wird das Komma und werden die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 3 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 9	**Artikel 9**
Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
In § 34 Absatz 6 Satz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 89 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6“ und die Angabe „§ 89 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 11“ ersetzt.	
Artikel 10	**Artikel 10**
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) Nach der Angabe zu § 112 wird folgende Angabe zu § 112a eingefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten“.	
b) Die Angabe zu § 125 wird wie folgt gefasst:	b) Die Angabe zu § 125 wird wie folgt gefasst:
„§ 125 (weggefallen)“.	„§ 125 (weggefallen)“.
2. In § 18 Absatz 6a Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.	2. u n v e r ä n d e r t
3. In § 18a Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Geschäftsjahre“ das Wort „ab“ eingefügt und wird nach der Angabe „2013“ die Angabe „bis 2018“ gestrichen.	3. u n v e r ä n d e r t
4. § 25 wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „überschreitet;“ die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;“ eingefügt.	
b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 3 werden die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.	
bb) In Nummer 4 werden die Wörter „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“ durch die Wörter „innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ ersetzt.	
5. Dem § 37 wird folgender Absatz 9 angefügt:	5. u n v e r ä n d e r t
„(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.“	
6. Dem § 47a wird folgender Absatz 3 angefügt:	6. Dem § 47a wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(3) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:	„(3) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:
1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,	3. u n v e r ä n d e r t
	4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
4. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie	**5.** u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und	
5. die berufsständischen Kammern.	**6**. die **Behörden und** berufsständischen Kammern**, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind**.
Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“	Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“
7. § 71 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	
„(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.“	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Satz 1 oder 2“ durch die Wörter „den Sätzen 1, 2 oder 3“ ersetzt.	
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des 25. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.“	
8. *Dem* § 72 *Absatz 2* wird *folgender Satz angefügt*:	8. § 72 wird **wie folgt geändert**:
	a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.“	u n v e r ä n d e r t
	b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3“ durch die Wörter „Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3“ ersetzt.
9. Nach § 112 wird folgender § 112a eingefügt:	9. u n v e r ä n d e r t
„§ 112a	
Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten	
(1) Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gelten für die Betreuungsdienste die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste nach Maßgabe der folgenden Absätze.	
(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.	
(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.	
(4) Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.	
(5) Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 nicht statt.	
(6) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzupassen.“	
10. In § 114a Absatz 3a Satz 8 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.	10. u n v e r ä n d e r t
11. In § 118 Absatz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „18b,“ die Angabe „112a Absatz 2, §“ eingefügt.	11. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
12. Dem § 120 Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:	12. u n v e r ä n d e r t
„Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.“	
13. § 125 wird aufgehoben.	13. u n v e r ä n d e r t
Artikel 11	**Artikel 11**
Änderung des Arzneimittelgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 13 Absatz 2b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.	
2. In § 78 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie die Bereitstellung von Arzneimitteln nach § 52b“ eingefügt.	
Artikel 12	**Artikel 12**
Änderung der Arzneimittelpreisverordnung	**Änderung der Arzneimittelpreisverordnung**
§ 2 Absatz 1 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird wie folgt *gefasst*:	**Die** Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird wie folgt **geändert**:
	1. In § 1 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3a wird vor dem Komma am Ende ein Komma und werden die Wörter „sofern es sich nicht um die Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte handelt“ eingefügt.
	2. § 2 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte sind auf den	u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ein Festzuschlag von 70 Cent sowie die Umsatzsteuer zu erheben; zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von 3,15 Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro erhoben werden.“	
	3. In § 3 Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „bei der Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen durch die Apotheken an Ärzte sind abweichend ein Zuschlag von 1 Euro je Einzeldosis, höchstens jedoch 75 Euro je Verordnungszeile, sowie die Umsatzsteuer zu erheben“ eingefügt.
	Artikel 12a
	Änderung des Apothekengesetzes
	Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 19 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 5 werden die Wörter „und genutzt“ gestrichen.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Abweichend von Satz 5 hat der Deutsche Apothekerverband e. V. dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung zum Zwecke der Entwicklung und Prüfung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken geeignete Auswertungen dieser ihm zur Anzahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel übermittelten Daten in einer Form zur Verfügung zu stellen, die keine Rückschlüsse auf einzelne Apotheken zulässt.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. § 20a wird durch die folgenden §§ 20a und 20b ersetzt:
	„§ 20a
	(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf Antrag oder mit Zustimmung des Beliehenen die Beleihung des Deutschen Apothekerverbandes e. V. um weitere Aufgaben, die über den nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds abzuwickeln sind, zu erweitern. Diese Aufgaben müssen sich aus gesetzlichen Vorschriften oder aus vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Kostenträger auf Bundesebene ergeben und die Honorierung und die Erstattung von Kosten der Apotheken betreffen. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben durch den Beliehenen umfasst den Erlass und die Vollstreckung der hierzu notwendigen Verwaltungsakte, deren Rücknahme und Widerruf. Der Beliehene hat die notwendige Gewähr für die ordnungsgemäße Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben zu bieten.
	(2) Der Beleihungsbescheid nach Absatz 1 Satz 1 regelt das Nähere zu den Aufgaben und ihrer Wahrnehmung. Er kann insbesondere Abläufe festlegen, Fristen bestimmen und den Beliehenen zur Sicherstellung der Erfüllung der Mitwirkungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 ermächtigen und verpflichten. Die Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2 haben dem Beliehenen auf Anforderung die zur Begründung ihres Vergütungs- oder Erstattungsanspruchs oder die zur Abwicklung entsprechender Zahlungen notwendigen Nachweise vorzulegen, Angaben zu machen und Auskünfte zu erteilen, soweit dies für die ordnungsgemäße Wahrnehmung der dem Beliehenen nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben erforderlich ist. Solange notwendige Nachweise nicht vorliegen oder Auskünfte nicht erteilt werden, können vorgesehene Zahlungen aus dem Fonds ganz oder teilweise zurückbehalten werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(3) Auf die Wahrnehmung der nach Absatz 1 übertragenen Aufgaben findet § 18 Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 und 3 Anwendung, § 18 Absatz 2 Satz 5 mit der Maßgabe, dass aufgenommene Darlehen bis spätestens sechs Monate nach Bestandskraft des Beleihungsbescheides nach Absatz 1 Satz 1 zurückzuzahlen sind. Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat eine getrennte Rechnungslegung des nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds und eine getrennte Zuordnung der Verwaltungskosten für die verschiedenen Aufgaben sicherzustellen. Widerspruch und Klage gegen die Festsetzungsbescheide des Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung. Die bei dem nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds zur Auszahlung des pauschalen Zuschusses nach § 20 vorhandenen Daten zu den Inhabern einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2, zu den Apothekenbetriebsstätten, zur Anzahl der abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel zur Anwendung beim Menschen und zur Abwicklung von Zahlungen dürfen durch den Deutschen Apothekerverband e. V. auch in Abweichung von § 19 Absatz 3 Satz 5 zur Erfüllung der ihm nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben verwendet werden, soweit dies für die Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich ist.
	§ 20b
	Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat den Schaden zu ersetzen, der der Bundesrepublik Deutschland durch eine rechtswidrige und vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung seiner Pflichten bei der Ausübung der Aufgaben und Befugnisse nach den §§ 18 bis 20a entsteht.“
Artikel 13	**Artikel 13**
Änderung des Transfusionsgesetzes	**Änderung des Transfusionsgesetzes**
Das Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. § 12a wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „und zahnmedizinischen“ eingefügt.	
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	
„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend.“	
2. § 18 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „und zahnmedizinischen“ eingefügt.	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Stand“ die Wörter „der Erkenntnisse“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 wird das Wort „Anhörung“ durch das Wort „Erarbeitung“ ersetzt.	
c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	
„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend.“	
3. In § 28 werden die Wörter „von der Bundeszahnärztekammer festgestellten und in den Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichten Standes“ durch die Wörter „nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 und nach § 18 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse“ ersetzt.	3. In § 28 werden die Wörter „von der Bundeszahnärztekammer festgestellten und in den Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichten Standes **der medizinischen**“ durch die Wörter „nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 und nach § 18 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse **der zahnmedizinischen**“ ersetzt.
4. § 35 wird wie folgt gefasst:	4. u n v e r ä n d e r t
„§ 35	
Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes	
Bis zur Bekanntmachung des nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 von der Bundeszahnärztekammer festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde durch die zuständige Bundesoberbehörde, längstens aber bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
des 37. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], ist § 28 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“	
Artikel 14	**Artikel 14**
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
§ 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.	
2. Absatz 6 wird wie folgt geändert:	
a) In Satz 1 werden die Wörter „nach diesem Gesetz oder der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes“ ersetzt.	
b) In Satz 5 werden die Wörter „den Präsidenten des Bundessozialgerichts“ durch die Wörter „das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.	
c) Satz 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Wird eine Vereinbarung nach Satz 8 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. In diesem Fall gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 14a
	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch die Artikel 8, 9 und 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In § 4 Absatz 8a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „oder von Hebammen und Entbindungspflegern“ eingefügt.
	2. § 21 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden die Wörter „den Absätzen 4 und 5“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
	b) Satz 2 wird aufgehoben.
	Artikel 14b
	Änderung des Infektionsschutzgesetzes
	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 19 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „nach Absatz 2“ gestrichen.
	b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
	„(2) Soweit die von der Maßnahme betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte, ist dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet.“
	2. Dem § 20 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Die zuständigen Behörden können mit den Maßnahmen nach Satz 1 Dritte beauftragen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Soweit die von der Maßnahme betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte, ist dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet. Wenn Dritte nach Satz 2 beauftragt wurden, ist der andere Kostenträger auch zur Tragung dieser Kosten verpflichtet, soweit diese angemessen sind.“
	3. § 69 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Das Wort „Dritte“ wird durch die Wörter „ein anderer Kostenträger“ ersetzt.
	bb) In Nummer 6 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ gestrichen.
	cc) Nummer 11 wird wie folgt gefasst:
	„11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 Satz 1 und 3, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 2.“
	b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Soweit die betroffene Person oder ein anderer Kostenträger zur Kostentragung verpflichtet ist oder solange dies noch nicht feststeht, können die entsprechenden Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestritten werden. Die betroffene Person oder der andere Kostenträger ist zur Erstattung der Kosten verpflichtet.“
Artikel 15	**Artikel 15**
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**
Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. In § 18 Absatz 1 Satz 3 Buchstabe c werden nach dem Wort „Hälfte“ die Wörter „oder drei Viertel“ eingefügt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 19 Absatz 3 wird aufgehoben.	2. u n v e r ä n d e r t
3. § 19a wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	
„Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindesten 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in den Sätzen 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.“	
b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Hälfte“ die Wörter „oder drei Viertel“ eingefügt und wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.	
c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft nach Maßgabe des § 95 Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Mindestsprechstunden. Stellt sie fest, dass	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Vertragsarzt diese in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, so hat sie den betroffenen Arzt aufzufordern, umgehend die Anzahl seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss gemäß Absatz 2 zu beschränken. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt dabei auf die Möglichkeit einer Kürzung der Vergütung als Sanktionsmaßnahme und eines Zulassungsentzugs gemäß § 95 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Vergütung des Vertragsarztes zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kürzen, wenn der Vertragsarzt	
1. keine rechtfertigenden Gründe für das Unterschreiten vortragen kann oder	
2. der Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 2 nicht innerhalb einer von der Kassenärztlichen Vereinigung zu setzenden Frist nachkommt.	
Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt über die Höhe der Kürzung zu unterrichten. Bei wiederholtem oder fortgesetztem Verstoß eines Vertragsarztes gegen die in Absatz 1 Satz 2 oder Satz 4 genannte Pflicht hat der Zulassungsausschuss die Zulassung abhängig vom Umfang der Unterschreitung von Amts wegen zu einem Viertel, hälftig oder vollständig zu entziehen.“	
	3a. § 24 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
	„Eine Verbesserung der Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 kann auch darin bestehen, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragsarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird.“
	b) In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
	c) In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 9“ und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
4. In § 26 Absatz 1 werden die Wörter „oder hälftige Ruhen“ durch die Wörter „Ruhen der Zulassung oder das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels“ ersetzt.	4. u n v e r ä n d e r t
5. In § 27 Satz 1 werden die Wörter „oder hälftige Entziehung“ durch die Wörter „Entziehung der Zulassung oder die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels“ ersetzt.	5. u n v e r ä n d e r t
	Artikel 15a
	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
	§ 24 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
	„Eine Verbesserung der Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 kann auch darin bestehen, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragszahnarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird.“
	2. In dem bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
	3. In dem bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 9“ und die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
	Artikel 15b
	Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung
	Nach § 10 Satz 2 der Ausschussmitglieder-Verordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	„Satz 2 gilt entsprechend für die Stellvertreter der Vorsitzenden der Landesausschüsse.“
Artikel 16	**Artikel 16**
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	**u n v e r ä n d e r t**
Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 13 Absatz 4 werden die Wörter „§ 46 Satz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 46 Satz 1 bis 3“ ersetzt.	
2. In § 45 Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Versorgungseinrichtung“ ein Komma und werden die Wörter „Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.	
3. In § 50 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 2 bis 4“ durch die Wörter „Absatz 2 und 3“ ersetzt.	
Artikel 17	**Artikel 17**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Artikel 5 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2018 in Kraft.	(2) Artikel 5 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2018 in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a und Nummer 43 Buchstabe c tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag der ersten Lesung] in Kraft.	(3) Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a und Nummer 43 Buchstabe c tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag der ersten Lesung dieses Gesetzes] in Kraft.
	(3a) Artikel 1 Nummer 90 tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.
(4) Artikel 1 Nummer 15 tritt am … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.	(4) Artikel 1 Nummer 15 tritt am … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] in Kraft.
	(4a) Artikel 1 Nummer 8a tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	(4b) Artikel 1 Nummer 79 tritt am 26. Mai 2020 in Kraft.
	(4c) Artikel 2 Nummer 2 tritt am 1. Oktober 2020 in Kraft.
(5) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.	(5) Artikel 2 **Nummer 1, 2a und 3** tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Alexander Krauß, Bettina Müller, Dr. Axel Gehrke, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Achim Kessler, Dr. Kirsten Kappert-Gonther

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/6337, 19/6436** in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/2689** in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/3393** in seiner 56. Sitzung am 12. Oktober 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Finanzausschuss sowie an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/4833** in seiner 56. Sitzung am 12. Oktober 2018 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/6417** in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe f

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/4887** in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe g

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 19/6130** in seiner 71. Sitzung am 13. Dezember 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist nach Überzeugung der Bundesregierung zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Er-

füllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sei es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt sei. Insbesondere solle unangemessenen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden. Das Gesetz ziele darauf ab, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert würden. Außerdem solle die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen verbessert werden, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert würden. Weiter plant die Bundesregierung, Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

In einem Sofortprogramm sollen die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden. Dazu sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 (bisher Nummer des Not- und Bereitschaftsdienstes) täglich 24 Stunden telefonisch und auch online erreichbar sein und nicht nur Termine bei Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, sondern in Akutfällen auch eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer geöffneten Arztpraxis, in einer Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz vermitteln. Zudem sollen die Terminservicestellen die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer Haus- oder Kinderärztin bzw. einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, die oder der sie dauerhaft versorgen kann. Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten soll von 20 auf 25 Stunden erhöht und offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, ausgeweitet werden. Das erweiterte Sprechstundenangebot soll mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärztinnen und -ärzte gefördert werden. Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Räumen praktizierten, sollen über regionale Zuschläge besonders unterstützt werden. Die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ sowie koordinierende Leistungen wie die Terminvermittlung zu Fachärztinnen oder Fachärzten sollen besser vergütet werden. Durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen, die im Vorfeld von Prüfverfahren anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert. Darüber hinaus sollen laut Gesetzentwurf verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden. Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen, sollen die gesetzlichen Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt werden. Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sollen erhöht und verbindlicher ausgestaltet werden. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, soll erweitert werden. Weiterentwickelt werden sollen auch die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der Bedarfsplanung. Ziel ist es laut Bundesregierung, eine kleinräumige, bedarfsgerechte und flexible Verteilung der Arztsitze zu erleichtern. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten sollen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten entfallen. Die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Gebiete obliegt den Ländern. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen sowie ein Antragsrecht in den Landesausschüssen. Damit Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, sollen die Schiedsregelungen und die sektorenübergreifenden Konfliktlösungsinstrumente der Selbstverwaltung neu strukturiert und weiterentwickelt werden. Die Festzuschüsse für Zahnersatz sollen ab dem 1. Januar 2021 von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht werden. Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie. Darüber hinaus soll die elektronische Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht werden.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)** erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf, da das Ressort die Berechnungen für den aus diesem Regelungsvorhaben resultierenden Erfüllungsaufwand nachvollziehbar dargestellt habe**.**

Der **Bundesrat** hat in seiner 972. Sitzung am 23. November 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Er hat in seiner Stellungnahme Änderungen am Gesetzentwurf sowie darüber hinausgehende Regelungen gefordert, insbesondere zum Zugang zur ärztlichen Versorgung (eine zeitnahe Terminvermittlung auch für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen vorzusehen, die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen durch die Gesamtvertrags-partner auf Landesebene sowie selektivvertragliche Vereinbarungen durch Krankenkassenverbände und Kassen-ärztliche Vereinigungen weitergehend zu ermöglichen und die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung anzupassen), zur Bedarfsplanung und zur Sicherstellung (die Beteiligung der Länder in den Landes- und Zulassungs-ausschüssen und die Möglichkeiten der Landesausschüsse zur Festlegung von Zulassungsbeschränkungen zu erweitern, auf Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologinnen und Rheumatologen, Psychiaterinnen und Psychiater sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten nicht zu verzichten, Beteiligungsrechte der Länder bei den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfsplanung und Qualitätssicherung vorzusehen, die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Eigeneinrichtungen zu präzisieren, die Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Gebieten zeitlich zu verlängern und die Förderzwecke der Strukturfonds zu erweitern sowie die Regelungen zu den Medizinischen Versorgungszentren anzupassen, insbesondere die Gründungs-befugnis der Träger zur Verhinderung von Monopolisierungstendenzen zu beschränken, und neue Zulassungs-regelungen für Vertragsärztinnen und -ärzte auch für Vertragszahnärztinnen und -ärzte gelten zu lassen), zu den Leistungsansprüchen der Versicherten (die Erstattung sämtlicher Kosten der Präimplantationsdiagnostik vorzusehen, die gesetzliche Verbandmitteldefinition zu erweitern, auf die Streichung der Wahltarife für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen zu verzichten und für auskömmliche Impfstoffpreise zu sorgen sowie auf den Regelungsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss für eine gestufte und gesteuerte psychotherapeutische Versorgung zu verzichten) und zur Digitalisierung im Gesundheitswesen (auch die elektronische Verschreibung bzw. das digitale Rezept zu ermöglichen). Darüber hinaus bezogen sich Forderungen des Bundesrates darauf, den Einsatz von Stationsapothekerinnen und -apothekern im Krankenhaus zu fördern, die Frist für den Nachweis der Förderkriterien der Klinischen Krebsregister zu verlängern, die Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu konkretisieren, die Patientenvertretungen auf Landesebene stärker zu unterstützen, den Prüfdiensten der Länder den Einsatz externer Fachberater zu ermöglichen, ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Finanzamt und Krankenkasse einzurichten, ambulante Kodier-Regeln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung früher einzuführen und den Datenaustausch mit den Korruptionsbekämpfungsstellen der Pflegekassen auf Sozialhilfeträger und andere Stellen auszuweiten (Drucksache 19/6337 Anlage 3).

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats insbesondere den Vorschlägen zugestimmt, die die Terminvermittlung für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen und den Datenaustausch der für Pflegeinvestitionen zuständigen Landesstellen mit den Korruptionsbekämpfungsstellen der Pflegekassen betreffen. Eine Prüfung der Regelungen des Gesetzentwurfes wurde zugesagt zur Beteiligung der Länder in den Landesausschüssen und im Gemeinsamen Bundesausschuss, zu den Möglichkeiten der Landesausschüsse zur Festlegung von Zulassungsbeschränkungen, zum Verzicht auf eine Niederlassungssteuerung für bestimmte Facharztgruppen, zu Maßnahmen in Bezug auf die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren, zur Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Eigeneinrichtungen bei drohender Unterversorgung, zur Erweiterung der Förderzwecke der Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen, zur Übertragung neuer Zulassungsregelungen für Vertragsärztinnen und -ärzte auf Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte, zur Anpassung der Regelungen über eine gestufte und gesteuerte psychotherapeutischen Versorgung, zur Kostenübernahme für die Präimplantationsdiagnostik, zur Verlängerung der Frist für den Nachweis der Förderkriterien der Klinischen Krebsregister, zur Impfstoffversorgung und zum Einsatz externer Fachberater bei den Prüfdiensten der Länder. Hinsichtlich der elektronischen Verschreibung von Arzneimitteln und der Versorgung mit Verbandmitteln hat die Bundesregierung auf den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung verwiesen. Im Übrigen wurden die zusätzlichen Regelungsvorschläge des Bundesrates abgelehnt (Drucksache 19/6337 Anlage 4).

Zu Buchstabe b

Rund 2 000 Kinder und 15 000 junge Menschen zwischen 18 und 39 Jahren erkranken der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) zufolge in Deutschland jedes Jahr an Krebs, so die FDP-Fraktion. Mädchen und Frauen seien mit 9 000 Fällen etwas häufiger betroffen als Jungen und Männer. Bei nahezu 80 Prozent dieser jungen Patienten seien heute glücklicherweise Heilungserfolge zu verzeichnen. Jedoch führten die Tumore sowie die zu deren Behandlung eingesetzten Medikamente, Chemo-/Strahlentherapien und operativen Eingriffe (beispielsweise eine anteilige oder vollständige Entfernung der Eierstöcke, der Gebärmutter oder der Hoden) bei einem Teil der Betroffenen zu irreversibler Unfruchtbarkeit und damit verbundener ungewollter Kinderlosigkeit. Notwendige operative Eingriffe zur Behandlung von Hodenkrebs führten beispielsweise in rund zehn Prozent der Fälle zum vollständigen Verlust der Fruchtbarkeit. Bei einer Krebstherapie mithilfe von Bestrahlung führe bereits eine Dosis von 6 Gy zu einem verfrühten Funktionsversagen der Eierstöcke. Die Finanzierung medizinisch anerkannter Methoden zur Fruchtbarkeitserhaltung, wie die Konservierung und Einlagerung von Keimzellen und Keimgewebe, durch die gesetzlichen Krankenkassen sei durch das SGB V für die große Mehrzahl der Krebspatientinnen und Krebspatienten anders als die Bezuschussung der Kosten für künstliche Befruchtungen gemäß § 27a SGB V nicht vorgesehen. § 27 Absatz 1 Satz 5 SGB V behandele lediglich die Herstellung der Fruchtbarkeit als Kassenleistung, wenn die Fruchtbarkeit zuvor gänzlich nicht vorhanden gewesen sei oder der Verlust selbiger als die direkte Folge einer Erkrankung oder einer mit einer Erkrankung in Zusammenhang stehenden Sterilisation anzusehen sei. Wie mehrfach in Urteilen deutscher Gerichte bestätigt worden sei, fielen präventive Maßnahmen, die nicht auf die Herstellung der Fruchtbarkeit im engeren Sinne gerichtet seien, sondern mit dem Ziel erbracht würden, die Empfängnis- oder Zeugungsfähigkeit bei einem erwarteten Verlust funktionell zu ersetzen, wie eine Keimzellen- oder Keimgewebeentnahme oder die Kryokonservierung, nicht darunter. So entstehe die Notlage, dass sich die betroffenen jungen Krebspatientinnen und Krebspatienten oftmals unter hohem Zeitdruck und akuter Betroffenheit zwischen gestellter Diagnose und anstehender Therapie nicht nur über ihren Kinderwunsch klar werden müssten, sondern sich entsprechend auch um die Finanzierung fertilitätsbewahrender Maßnahmen bemühen müssten, sofern sie sich die Chance auf eigene Kinder erhalten wollten.

Durch eine Ergänzung der Regelungen zur Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB sollen nach dem Willen der Fraktion der FDP junge Patientinnen und Patienten von der Notwendigkeit befreit werden, Fruchtbarkeitserhaltungsmaßnahmen vor Beginn einer Krebstherapie aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Zu Buchstabe c

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland müssen laut AfD-Fraktion das Recht haben, ihren Beruf in Deutschland uneingeschränkt auszuüben. Die Budgetierung grenze die vertraglich zugesicherte freie Berufsausübung unzulässig und zu Lasten der Patienten ein. Deshalb müsse eine ausschließlich ökonomisch begründete Einschränkung der Therapiefreiheit des Arztes sofort außer Kraft gesetzt werden. Allgemeine Standards und starre Budgetvorgaben dürften nicht über die individuelle Art und Weise einer medizinischen Behandlung entscheiden. Es sei nicht hinnehmbar, dass Vertreter der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung ärztliche Leistungen wirtschaftlich bewerteten, ohne die Patienten oder die dahinter stehenden Krankheitsgeschichten zu kennen, von den Praxisbesonderheiten des zu behandelnden Klientels ganz zu schweigen. Beispielhaft seien hier Osteoporose-Patienten und andere chronisch kranke Patienten zu nennen. Die Versicherten müssten ihre benötigte Therapie bekommen, wann immer sie erforderlich sei. Der Bedarf eines Patienten könne sich nicht an zeitlich und bzw. oder finanziell verordneten Budgets eines Arztes orientieren. Es sei nicht zu vertreten, dass Patienten durch eine dadurch hervorgerufene Behandlungseinschränkung belastet würden.

Daher fordern die Abgeordneten, alle Maßnahmen zur Abschaffung der Budgetierung für Ärzte unverzüglich einzuleiten. Nach Aufhebung der Budgetierung sei es nicht vertretbar, dass Patienten finanziell belastet werden, etwa durch eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge. Entstehende Mehrkosten seien anderweitig zu finanzieren, zum Beispiel aus den Überschüssen der Krankenkassen. Im Jahr 2017 beliefen sich die Überschüsse den Angaben zufolge auf 3,1 Milliarden Euro.

Zu Buchstabe d

Der demographische Wandel und die Veränderungen der Lebensmodelle erfordert nach Überzeugung der FDP-Fraktion ein Nachdenken über Anpassungen und Veränderungen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung. In einigen, vor allem ländlichen Regionen Deutschlands gebe es bereits heute einen Mangel sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten. Viele junge Ärzte, Frauen wie Männer, scheuten die Risiken einer Niederlassung.

Durch den Mangel in der Versorgung gebe es immer mehr Terminprobleme bei allen Facharztrichtungen, aber zunehmend auch bei den Haus- sowie den Kinder- und Jugendärzten. Die Terminnachfrage werde künftig durch den demographischen Wandel immer weiter ansteigen und die Wartezimmer würden voller und voller. Gleichzeitig seien die Ärzte zu Recht immer weniger bereit, immer mehr Patienten ohne leistungsgerechte Vergütung zu behandeln. Die Folge sei, dass die Wartezeiten weiter zunehmen würden. Das Ergebnis sei Unzufriedenheit bei Patienten und Ärzten. Mit dem Gesetzentwurf für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) würden die Terminservicestellen weiter ausgebaut. Das bedeute, dass der Bürokratieaufwand in den Praxen zunehmen werde und die Ärzte weniger Zeit für medizinische Behandlungen hätten. Die Bürokratie in den Praxen sei schon jetzt enorm. Von ihrer Arbeitszeit müssten Ärzte einen erheblichen Anteil für Verwaltung und Bürokratie aufwenden. So müssten nach Angaben des Bürokratieindex 2017 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Vertragsärzte und Psychotherapeuten 54 Millionen Bürokratiestunden bewältigen. Diese Zeit müsse den Ärzten und Praxisangestellten wieder für die Behandlung von Patienten zur Verfügung stehen. Die ärztliche Behandlung müsse aber auch vollständig vergütet werden. Das sei seit Einführung der Budgetierung nicht der Fall, da durch diese Deckelung die geleistete Arbeit nicht mehr vollständig bezahlt werde. Es dürfe kein Arzt mehr bestraft werden, der sich intensiv um seine Patienten kümmere. Die Budgetierung verschlechtere für Patienten in Deutschland den Zugang zu ärztlichen Leistungen. Insbesondere zum Quartalsende werde es in den Arztpraxen spürbar, dass weniger Termine für Routineuntersuchungen vergeben und weniger Verordnungen ausgestellt würden.

Die Fraktion der FDP fordert daher, die Budgetierung ärztlicher Leistungen schrittweise aufzuheben und als ersten Schritt eine Entbudgetierung der grundversorgenden Haus- und Fachärzte vorzusehen. Außerdem sollten die Bürokratie und Berichtspflichten reduziert werden.

Zu Buchstabe e

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte bilden das Rückgrat einer wohnortnahen und hochwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung, so die FDP-Fraktion. Die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen sowie eine Zunahme der Krankheitslast erforderten eine Stärkung des Angebots in der ambulanten Versorgung. In einigen Regionen Deutschlands gebe es bereits heute einen Mangel, und zwar sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten. Obwohl es in Deutschland immer mehr Ärztinnen und Ärzte gebe, stagnierten die Zahlen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und gingen im hausärztlichen Versorgungsbereich sogar zurück. Auch die Überalterung der Ärzteschaft sei kaum noch zu übersehen. Zusätzlich sänken aufgrund der verstärkt gewünschten Vereinbarkeit von Familie und Beruf die pro Ärztin oder Arzt erbrachten Versorgungsanteile. Der Ärztemangel werde sich mit der bestehenden Bedarfsplanung in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Für die Patientinnen und Patienten bedeute das, dass sie entweder gar keinen Arzttermin bekämen oder sehr lange auf einen warten müssten. Diese Situation sei nicht länger hinnehmbar. Zu lange Wartezeiten verursachten neben individuellem Leiden auch hohe Kosten für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung durch lange Krankschreibungen unter Bezug von Krankengeld und Erwerbsminderungsrenten. Aber auch die Ärztinnen und Ärzte seien zunehmend von der Situation überfordert, wenn sie die vielen Patientinnen und Patienten nicht behandeln könnten.

Damit auch in Zukunft ausreichend Haus- und Fachärzte zur Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stünden, müssten die Rahmenbedingungen verbessert werden. Zur Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie schlügen Gutachter neue Verhältniszahlen und eine Berücksichtigung von Mitversorgereffekten vor. So könne mit einer kleinteiligeren Bedarfsplanung genauer als heute die tatsächliche Versorgungssituation festgestellt werden. Ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebenes Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zeige bereits die Notwendigkeit von zusätzlichen Arztkapazitäten. Mit einer Regionalisierung könne die Niederlassungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte gestärkt werden. Deshalb sollten Zulassungsbeschränkungen nicht mehr automatisch bei einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent angeordnet werden, sondern die Niederlassungsfreiheit solle weiterhin als Regelfall bestehen bleiben. Gleichzeitig sollten die Niederlassungssperren in die regionale Verantwortung gegeben werden. Dazu werden nach dem Willen der FDP-Fraktion die Zulassungsbeschränkungen einer bei Überversorgung nach § 103 SGB V in eine Kann-Regelung umgewandelt. Für ländliche und strukturschwache Gebiete soll im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein Strukturzuschlag eingeführt werden.

Zu Buchstabe f

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Podologinnen und Podologen leisten nach Überzeugung der Fraktion DIE LINKE. einen wichtigen

Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der wichtigen Rolle von Prävention und Rehabilitation werde die Bedeutung dieser Berufsgruppen weiter zunehmen. Bereits jetzt komme es bei der Physiotherapie, Podologie und Sprachtherapie zu Fachkräfteengpässen. Die berufsspezifischen Arbeitslosenquoten deuteten laut Bundesagentur für Arbeit sogar auf einen Fachkräftemangel hin. Diese Berufe seien wegen der zu geringen Vergütungen für viele unattraktiv und viele Praxen sähen sich in ihrer Existenz bedroht. Angestellte in den Praxen hätten im Jahr 2017 einen Bruttolohn (Median) von 2 093 Euro gehabt. Selbst nach langjähriger Vollzeitbeschäftigung drohe ihnen bei dieser Entlohnung Altersarmut. Hinzu komme, dass die Therapeutinnen und Therapeuten meist in ihrer Ausbildung für das Schulgeld von bis zu 20 000 Euro selbst aufkommen müssten. Außerdem müssten sie die Kosten für Fortbildungen, die zur Erbringung zahlreicher Kassenleistungen erforderlich seien, selbst tragen. Der befristete Wegfall der Grundlohnsummenbindung durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sei ein erster Schritt in die richtige Richtung. Die bisher durch den Wegfall der Grundlohnsummenbindung erzielten Vergütungssteigerungen reichten jedoch nicht aus, um die über lange Jahre hinweg schlechte Einkommenssituation von Heilmittelerbringern in der ambulanten Versorgung zügig auf ein angemessenes Niveau zu heben.

Die Fraktion DIE LINKE. fordert mit diesem Antrag, eine sofortige, gesetzlich festgelegte Anhebung der Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen um 30 Prozent umzusetzen und die Höhe der Vergütungen bundesweit möglichst schnell vollständig anzugleichen, indem durch eine gesetzliche Regelung für jede einzelne Leistung die jeweils höchste Vergütung unabhängig von Krankenkasse und Bundesland maßgeblich sei. Weiter soll die Grundlohnsummenbindung unbefristet aufgehoben und durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden, dass die in den Praxen Angestellten von der Erhöhung der Leistungsvergütung in mindestens derselben prozentualen Steigerung profitieren. Außerdem soll darauf hingewirkt werden, dass die Bundesländer die Schulgeldfreiheit für staatliche Schulen in den Heilmittelberufen schnellstmöglich umsetzen. Darüber hinaus müsse die Bundesregierung mit den Ländern Umsetzungsvarianten suchen, wie eine bundesweite Übernahme des Schulgelds für die privaten Schulen gesichert werden könne. Des Weiteren solle zügig auf eine modernisierte Ausbildungsordnung hingearbeitet werden, die auch die Anerkennung der deutschen Abschlüsse im europäischen Ausland gewährleiste sowie die Zusatzausbildungen für verschiedene Leistungen als Kassenleistung obsolet mache.

Zu Buchstabe g

Der therapeutischen Arbeit der Heilmittelerbringer, gerade auch in einer älter werdenden Gesellschaft, kommt nach Darstellung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine immer bedeutsamere Aufgabe innerhalb der gesundheitlichen Versorgung zu. Allerdings liege bei der Sicherstellung der Versorgung mit Heilmitteln einiges im Argen. So unterschiedliche Faktoren wie die nicht bedarfsgerechte Steuerung der Heilmittelversorgung durch Richtgrößen, weitere Mengenbegrenzungen beispielsweise durch Heilmittelzielvereinbarungen, nicht kostendeckende Entgelte für Hausbesuche sowie unzureichende Daten über den tatsächlichen Versorgungsbedarf führten zu einer regional unterschiedlichen und in Teilen defizitären Versorgung, die vorwiegend an den Kosten statt am Behandlungserfolg orientiert scheine. Potentiale für bestimmte Patientengruppen wie chronisch kranke, behinderte oder pflegebedürftige Menschen, die in einer zielgerichteten Heilmittelversorgung steckten, könnten so nicht genutzt werden. Zudem fehle es an Transparenz bei der Versorgungsquote der relevantesten Krankheitsbilder mit Heilmitteln. Gerade angesichts der Zunahme von Patientinnen und Patienten mit krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen, neurologischen Erkrankungen sowie mit postoperativen Behandlungsbedarfen sei es unerlässlich, angemessene Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Heilmittelversorgung sicherzustellen. Die zunehmend schwierige Situation der Heilmittelerbringer, die daraus resultiere, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen eine der hohen Qualifikation angemessene Vergütung oft nicht gewährleisteten, gefährde die flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die notwendige Fachkräftesicherung für diese wichtigen Aufgaben. Die Verdienste von Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber und deren Angestellten lägen unter denen von Angestellten dieser Berufsgruppe im öffentlichen Dienst. Viele Faktoren trügen zu dieser Situation bei. Das Schulgeld für die Ausbildung und die Tatsache, dass es keine Ausbildungsvergütung gebe, sorgten dafür, dass viele Heilmittelerbringer bereits mit Schulden in den Beruf starten, die 20.000 Euro ausmachen könnten. Die Hauptursache für die dauerhaft schwierige Situation, in der sich vor allem Selbständige ohne oder mit wenigen Angestellten sowie Angestellte in Heilmittelpraxen befänden, seien Vergütungen, die bis 2016 an die Grundlohnsumme gebunden gewesen seien. Zudem deckten die Entgelte lediglich die unmittelbare Zeit mit dem Patienten ab, nicht jedoch Vor- und Nachbereitung. Die zusätzliche Vergütung für Hausbesuche falle so gering aus, dass viele Leistungserbringer wegen der mangelnden Wirtschaftlichkeit keine Hausbesuche anböten. Für immobile Patientinnen und Patienten sei das fatal. Dazu kämen weitere bürokratische Hürden.

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert daher, die Anbindung der Vergütungen für die Heilmittelerbringer an die Grundlohnsumme dauerhaft aufzuheben und die Vergütungen für Heilmittelerbringer sofort bundesweit anzuheben, u. a. durch eine bessere Vergütung von Hausbesuchen und die Einführung von Vergütungspauschalen für Bürokratieaufwand und Praxisorganisation. Außerdem soll eine einheitliche Gebührenordnung für Heilmittelberufe in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Weg gebracht werden, die auf regelgebundenen jährlichen Vergütungsanpassungen und einer realistischen Kostenkalkulation beruht. Schließlich soll im Einvernehmen mit den Bundesländern das Schulgeld schnellstmöglich abgeschafft werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 33. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß des Einsetzungsantrags (Drucksache 19/1837) im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/6337 befasst und festgestellt, dass eine Prüfbitte nicht erforderlich ist, da die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel ist (Ausschussdrucksache 19(26)11-2).

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 39. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 26. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/2689 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 35. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/3393 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 33. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/3393 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Keine mitberatenden Ausschüsse.

Zu Buchstabe e

Keine mitberatenden Ausschüsse.

Zu Buchstabe f

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 26. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4887 abzulehnen.

Zu Buchstabe g

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 21. Sitzung am 13. März 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/6130 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstabe a bis g

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 31. Sitzung am 12. Dezember 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436, dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/3393, 19/4833, 19/6417, 19/4887 und 19/6130 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages – eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 32. Sitzung am 16. Januar 2019 hat der Ausschuss die Beratungen zu den sieben Vorlagen sowie zu den Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf auf den Ausschussdrucksachen 19(14)51.1, 19(14)51.2neu, 19(14)51.3 und 19(14)51.4 aufgenommen und beschlossen, die Änderungsanträge ebenfalls in die öffentliche Anhörung einzubeziehen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 33. Sitzung am 16. Januar 2019 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), BKK Dachverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland. e. V. (BED), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ e. V.), Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V., Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Hebammenverband e. V., Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK), Deutscher Verband für Podologie e. V. (ZFD), Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK e. V.), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Hufelandgesellschaft e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), LOGO Deutschland e. V., PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa), Verband der Diagnostica-Industrie e. V. (VDGH), Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW e. V.), Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP), Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V. (VPT), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin), Michael Janßen (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)), Prof. Dr. Günter Neubauer (IfG Institut für Gesundheitsökonomik) und Dr. Wolfgang Rüprich (Freier Dozent, Gutachter und Sachverständiger für ärztliches Abrechnungswesen). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat seine Beratungen zu den Vorlagen in der 36. Sitzung am 13. Februar 2019 fortgesetzt und die Durchführung einer zweiten Anhörung zu weiteren Änderungsanträgen auf den Ausschussdrucksachen 19(14)51.5, 19(14)51.6, 19(14)51.7 und 19(14)51.8 beschlossen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 37. Sitzung am 13. Februar 2019 statt. Als Sachverständige waren eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), BKK Dachverband e. V., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnung der Hörakustiker KdöR (biha), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ), BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V., Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV), Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (EbM), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK e. V.), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts (IQWiG), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA), Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Maria Haß (Deutsche ILCO e. V.), Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)), Prof. Dr. Günter Neubauer (IfG Institut für Gesundheitsökonomik), Dr. Wolfgang Rüprich (Freier Dozent, Gutachter und Sachverständiger für ärztliche Abrechnung, medizinische Dokumentation und Verordnungswesen im Bereich Arznei- und Heilmittel). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

In der 40. Sitzung am 13. März 2019 hat der **Ausschuss für Gesundheit** seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/2689 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/3393, 19/4833, 19/6417, 19/4887 und 19/6130 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen **19/6337**, **19/6436** in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache **19/2689** abzulehnen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache **19/3393** abzulehnen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache **19/4833** abzulehnen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP, den Antrag auf Drucksache **19/6417** abzulehnen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache **19/4887** abzulehnen.

Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP, den Antrag auf Drucksache **19/6130** abzulehnen.

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436

Der Ausschuss hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen. Dies betrifft die Vermittlung von Arztterminen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die auch zeitnahe Kinder-Vorsorgeuntersuchungen und Krankenhausbehandlung in Akutfällen umfasst. Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach einheitlichen Standards und mit digitalen Angeboten, informieren über barrierefreie Arztpraxen und können mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Auf Landesebene kann vertraglich vereinbart werden, die Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes mit zusätzlichen Mitteln zu fördern. Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bei eingetretener, aber nicht bereits bei drohender Unterversorgung verpflichtend. Der Wahltarif zur hausarztzentrierten Versorgung wird um Beitragsanreize für die Versicherten erweitert. Darüber hinaus wurden Änderungen zu den Vergütungsanreizen für die Behandlung neuer oder durch die Terminservicestellen vermittelter Patientinnen und Patienten, zur Begrenzung und Entlastung von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungs-prüfungen der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie zur Festlegung einheitlicher ambulanter Kodiervorgaben beschlossen. Zudem wurden Änderungen zur Bedarfsplanung, unter anderem der Verzicht auf die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Fachrichtungen, konkretisierende Regelungen zur Festlegung von Mindest- und Höchstversorgungsanteilen innerhalb einzelner Arztgruppen, zu Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten und der Beteiligung der Länder im Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Landesausschüssen, zu den Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren, zur Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedarfe im Nachbesetzungsverfahren, Folgeregelungen zur Dreiviertelzulassung und zur Genehmigung einer Zweigpraxis vorgenommen. Weitere Änderungen betreffen die Erhöhung der Weiterbildungsförderung im ambulanten Bereich. Schließlich wurden Anpassungen der Regelungen über die Schiedsämter und die neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien beschlossen.

Darüber hinaus wurden Regelungen zur Heilmittelversorgung beschlossen, die insbesondere die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens für Heilmittelerbringer, die Einführung von Kollektivvertragsverhandlungen auf Bundesebene, die bundesweite Vereinheitlichung der Höchstpreise für Heilmittelleistungen, die Aufhebung der Begrenzung von Vergütungssteigerungen durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Einführung der Blanko-Verordnung in die Regelversorgung umfassen. Beschlossen wurden zudem Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, insbesondere die Abschaffung von Hilfsmittelausschreibungen, die Verpflichtung der Krankenkassen zu Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und den Anspruch auf Sicherheitsinstrumente zum Schutz vor Nadelstichverletzungen. Weitere Änderungen betreffen die zahnärztliche Versorgung, insbesondere das frühere Inkrafttreten der mit dem Gesetzentwurf erhöhten Festzuschüsse für Zahnersatz, die ausnahmsweise Geltung der Bonusregelung trotz Versäumens der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung und die Anpassung der Mehrkostenregelung für kieferorthopädische Leistungen. Weitere Änderungen betreffen den Bereich eHealth, insbesondere die Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik mit dem Bundes-ministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter, die Sanktionierung der Krankenkassen im Fall der verspäteten Einführung der elektronischen Patientenakte, Festlegungen zu deren semantischer Interoperabilität und die Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle sowie digitale medizinische Anwendungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen und Detailregelungen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Weitere Änderungen betreffen die Hebammenversorgung, namentlich die Einführung eines elektronischen Suchverzeichnisses für die Hebammensuche und die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen und Entbindungspfleger. Weitere Änderungen betreffen den Anspruch auf Schutzimpfungen und die Vergütungsregeln für Impfstoffe, insbesondere die Erweiterung von Satzungsleistungen der Krankenkassen in diesem Bereich, die Verkürzung der Frist zur Anpassung der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Abschaffung von Rabattverträgen der Krankenkassen, die Beschaffung und die Wirtschaftlichkeit der Verordnung saisonaler Grippeimpfstoffe, die Leistungserbringung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Vergütung der pharmazeutischen Unternehmen und Apotheken für die Abgabe saisonaler Grippeimpfstoffe. Weitere Änderungen betreffen das Entlassmanagement der Krankenhäuser, namentlich die Erweiterung um bestimmte Anschlussversorgungen wie Krankentransporte und Kurzzeitpflege. Außerdem wird die Pauschalförderung für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen angehoben, womit die Basisfinanzierung verbessert wird. Durch weitere Beschlüsse wird das

zukünftige Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Er-probung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinfacht. Außerdem wurden zahlreiche weitere Detailregelungen beschlossen, insbesondere zur HIV-Präexpositionsprophylaxe, zum Krankengeld, zur Kosten-erstattung für Behandlungen im europäischen Ausland, zum Datenaustausch der Sozialversicherungsträger innerhalb der Europäischen Union, zur Unterstützung der Prüfdienste von Bund und Ländern durch externe Gut-achter, zu den Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern, zu den klinischen Krebsregistern, zur Arztinformation über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln, zur Übertragung hoheitlicher Aufgaben auf den Deutschen Apothekerverband, zum Informationsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Ge-sundheitswesen, zum Kassenwahlrecht sog. Spätaussiedler, zum Zahlstellenverfahren bei Versorgungsbezügen sowie zur Anpassung der Regelungen für Vorstandsverträge der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Schließlich wurden datenschutzrechtliche Regelungen überarbeitet und bei Gelegenheit zahlreiche erledigte Gesetzesaufträge und Fristvorgaben im SGB V bereinigt.

Die Regelung im Gesetzentwurf zur psychotherapeutischen Versorgung wird im Rahmen dieses Gesetzge-bungsverfahrens nicht umgesetzt, sondern eine alternative Regelung in einem anderen Gesetzgebungsverfahren angestrebt. Die Regelungen im Änderungsantrag Nummer 6 der Ausschussdrucksache 19(14)51.5 zur Entkopplung der Vergütung von ärztlichen Diagnosen in Verträgen werden im Rahmen der geplanten Reform zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter beraten. Die Regelungen im Gesetzentwurf zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wurden im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) umgesetzt.

Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge wurde wie folgt abgestimmt:

Die auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1, 2, 4, 10, 14, 16, 36 und 44 wurden einzeln abgestimmt.

Änderungsantrag Nummer 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag Nummer 2 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag Nummer 4 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag Nummer 10 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag Nummer 14 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag Nummer 16 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Änderungsantrag Nummer 36 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsantrag Nummer 44 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD angenommen.

Die Änderungsanträge 3, 5 bis 9, 11 bis 13, 15, 17 bis 35, 37 bis 43 sowie 45 bis 54 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.11 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Änderungsanträge der Fraktion der FDP zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436

Änderungsantrag Nummer 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.6 der Fraktion der FDP wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Der Änderungsantrag hatte folgenden Inhalt:

Änderungsantrag Nr. 1

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

‚10a. Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:

„§ 27b Präimplantationsdiagnostik

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auch, soweit diese Maßnahmen im Zusammenhang mit der Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik erfolgen.

(2) Versicherte haben Anspruch auf die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik, soweit die Voraussetzungen nach § 27a Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 sowie die Voraussetzungen nach § 3a Absätze 2 und 3 des Embryonenschutzgesetzes vorliegen.

(3) Der Krankenkasse ist vor Beginn der Durchführung der Präimplantationsdiagnostik die zustimmende Bewertung der zuständigen Ethikkommission vorzulegen. Ein Methodenbewertungsverfahren nach § 135 Absatz 1 Satz 1 ist nicht durchzuführen.“‘

2. Nach der neuen Nummer 10a wird folgende Nummer 10b eingefügt:

‚10b. Der bisherige § 27b wird § 27c.‘

3. Nach Nummer 33 Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

‚c) In Absatz 2 Nummer 10 werden nach der Angabe „§ 27a Absatz 1“ die Wörter „einschließlich einer Präimplantationsdiagnostik nach § 27b“ eingefügt.‘

4. Nach Nummer 67 wird folgende Nummer 67a eingefügt:

‚67a. Dem § 121a wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Krankenkassen dürfen Maßnahmen nach § 27b nur durch nach der auf Grund des § 3a des Embryonenschutzgesetzes erlassenen Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik zugelassene Zentren erbringen lassen.“‘

Begründung

Zu Nummer 1

Im neuen § 27b wird der Anspruch auf Leistungen zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik eingeführt, wenn diese entsprechend den Vorgaben des ESchG zulässig ist, das heißt, wenn die Voraussetzungen von § 3a Absatz 2 und 3 ESchG vorliegen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Nummer 1.

Zu Nummer 3

Die Änderung stellt klar, dass die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 die Leistungen zur Präimplantationsdiagnostik umfasst.

Zu Nummer 4

Die Regelung stellt klar, dass die Krankenkassen Maßnahmen nach § 27b nur durch Zentren erbringen lassen dürfen, die nach der auf Grundlage des § 3a EschG erlassenen Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik zugelassen sind und vollzieht damit die Vorgaben dieser Verordnung leistungsrechtlich nach.

Die Änderungsanträge 2 bis 7 auf Ausschussdrucksache 19(14)51.7 der Fraktion der FDP wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Änderungsanträge hatten folgenden Inhalt:

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 43 (§ 87 Abs. 1 Satz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch-neu)

Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

In dem neuen § 87 Absatz 1 Satz 8 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „einschließlich der elektronischen Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten aus dem Bonusheft gem. § 55 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 3 der Individualprophylaxe-Vereinbarung“ eingefügt.

Begründung

Das Bonusheft ist papiergebunden und insofern für eine digitale Übermittlung von Informationen im Sinne eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens nicht geeignet. Deshalb sollte das Bonusheft zukünftig in elektronischer Form verfügbar sein.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b (§92 Abs. 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b wird aufgehoben.

Begründung

Die Vorgabe zur Erstellung von „Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung“ in der Psychotherapie kann zu sehr negativen Folgen führen.

Zunächst besteht die Gefahr, dass Patienten ihre psychischen Leiden vertraulich gleich mehreren Personen offenbaren müssen, bevor sie behandelt werden können. Zusätzlich besteht das Risiko, dass sich diese Patienten nicht mehrfach zu ihren psychischen Leiden äußern können oder möchten, da kein Vertrauensverhältnis zu der Person besteht, die sie beurteilen muss. Dies könnte dazu führen, dass die psychischen Erkrankungen einiger Patienten nicht erkannt und behandelt werden können. Außerdem dürfte eine verpflichtende gestufte und gesteuerte Versorgung generell die Hemmschwelle für eine psychotherapeutische Behandlung von Seiten der Patienten deutlich erhöhen, außerdem wird die freie Wahl des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin durch die Patienten abgeschafft.

Mit der am 01. April 2017 in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinie wurden vom GB-A zahlreiche Verbesserungen und Veränderungen bei der psychotherapeutischen Versorgung umgesetzt. Diese Richtlinie sollte erst evaluiert werden, bevor weitere Maßnahmen in diesem Bereich ergriffen werden. So gibt es etwa im Bereich der Überweisung von Patienten aus Krankenhäusern und bei der Versorgung von schweren Fällen noch Verbesserungsbedarf. In diesen Prozess sollte der Gesetzgeber nicht eingreifen. Es gilt, die Selbstverwaltung zu stärken und nicht in ihrem Handlungsspielraum durch gesetzliche Vorgaben einzuengen.

Weiter bindet ein zusätzliches Verfahren der Stufung und Steuerung erhebliche Kapazitäten, die besser für die eigentliche Versorgung genutzt würden. Damit wird das eigentliche Problem, der Mangel an Psychotherapeuten, weiter verschärft.

Änderungsantrag Nr. 4

Zu Artikel 1 Nr. 70 b) (§ 130a Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch-neu) sowie Artikel 1a – neu – (§ 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes)

1. Artikel 1 Nummer 70 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In dem neuen § 130a Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Unternehmers“ ein Komma und die Wörter „soweit die jeweils geltenden Impfquoten nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes erreicht sind“ eingefügt.

2. Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 1a eingefügt:

‚Artikel 1a

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 3 werden die Wörter „und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ gestrichen.

2. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kommission legt in den Empfehlungen Impfquoten fest und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.“‘

Begründung

Zu Nummer 1

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen, zur Prävention von Infektionskrankheiten. Durch Impfprogramme ist es gelungen, Infektionskrankheiten weltweit immer weiter zurückzudrängen und teilweise sogar zu eliminieren. Zudem können Impfungen gegen gefährliche Bakterien dazu beitragen, den Einsatz von Antibiotika zu vermeiden und so einen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen leisten.

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung enthält in Satz 3 eine zusätzliche Erhöhung des Referenzabschlages nach § 130a Abs. 2 Satz 1 für Impfstoffe um fünf Prozent sowie für saisonale Grippeimpfstoffe um zehn Prozent des ursprünglichen Listenpreises des pharmazeutischen Unternehmers, um zusätzliche Einsparungen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen zu ermöglichen.

Damit läge der Arzneimittelpreis von Impfstoffen für die gesetzliche Krankenversicherung mindestens 10% unter dem Durchschnitt in der Europäischen Union, in einigen Fällen sogar noch deutlich darunter. Im Falle einer Impfstoffknappheit innerhalb der Europäischen Union, beispielsweise bei größeren Grippewellen, besteht die erhebliche Gefahr, dass die Versorgung mit entsprechenden Impfstoffen für gesetzlich Versicherte nicht sichergestellt und das Ziel der notwendigen Erhöhung der Impfquoten in Deutschland nicht erreicht werden kann.

Bisher werden von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut im Rahmen ihrer Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen keine Empfehlungen zu Impfquoten gegeben. Die Kommission nimmt in ihren Empfehlungen jedoch partiell Bezug auf Empfehlungen der WHO zu Impfzielen bei Masern, Mumps und Röteln sowie zu Impfzielen der Europäischen Union und anderer Institutionen.

Diese Impfziele werden in Deutschland regelmäßig nicht erreicht. So bleibt Deutschland allein bei Masern seit Jahren unterhalb des Impfziels von mindestens 95% der Bevölkerung. Auch die Zielquoten für Grippeschutzimpfungen (WHO- und EU-Ziel von 75 %) werden seit Jahren bei weitem nicht erreicht. Sie liegen z.B. bei Senioren bei 35 Prozent oder beim medizinischen Personal bei 40 Prozent.

Auch die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Impfungen sollte im Blick behalten werden. Die Grippewelle im Winter 2017/18 war laut Robert Koch-Institut die Schwerste seit mindestens 17 Jahren. Entsprechend kam es zu circa neun Millionen Influenza-bedingten Arztbesuchen, circa 5,3 Millionen Influenza-assoziierte Arbeitsunfähigkeiten und circa 45 000 Influenza-bedingten Krankenhauseinweisungen. Damit einher gingen Engpässe in der stationären Versorgung und hohe Kostenanstiege für die ambulante Versorgung und Lohnersatzleistungen. Allein für Berlin wurden 1 100 Influenza-assoziierte Todesfälle geschätzt.

Der Änderungsantrag, mit dem Ziel durch Sicherstellung einer stabilen Impfstoffversorgung und Erhöhung der Impfquoten den Gesundheitsschutz der Versicherten zu gewährleisten und zu fördern, trägt diesem Umstand Rechnung.

Danach sind zusätzliche Abschläge auf den Listenpreis von Impfstoffen in Höhe von 5 Prozent bzw. 10 Prozent auf Grippeimpfstoffe zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung bedingt durch die Erreichung der jeweiligen Impfquoten nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut. Dies erhöht auch für Krankenkassen den Anreiz, noch mehr für die Erreichung der Impfziele zu tun, denn steigende Impfquoten gehen mit Einsparungen für die Krankenkassen einher.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung kommt der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut die Aufgabe zu, in ihren Empfehlungen zur Durchführungen von Schutzimpfungen auch Impfquoten für jeweilige Infektionserkrankungen festzulegen. Soweit sich die Empfehlungen zu Schutzimpfungen, wie bei der Grippe, lediglich auf Risikogruppen beziehen, sollen mit den Empfehlungen Impfquoten im Hinblick auf diese Risikogruppen gegeben werden. Damit sollen den Beteiligten im Gesundheitswesen Zielmarken zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes durch Schutzimpfungen aufgezeigt werden. Im Übrigen handelt es sich um Folgeänderungen zur Gewährleistung der Verständlichkeit.

Änderungsantrag Nr. 5

Zu Artikel 1 Nummer 79 Buchstabe a (§ 137h Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 1 Nummer 79 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

‚a) § 137h Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Anwendung des Medizinprodukts“ ein Komma und die Wörter „insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine Anfrage nach Satz 1 und die Übermittlung der Unterlagen erfolgt im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts, das in dem Krankenhaus bei der Methode zur Anwendung kommen soll.“

cc) In Satz 3 werden die Wörter „Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf,“ durch die Wörter „Vor der Bewertung“ und die Wörter „den jeweils“ durch das Wort „weiteren“ ersetzt.

dd) In Satz 4 werden das Wort „Der“ durch die Wörter „Sofern die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, nimmt der“ ersetzt, wird nach den Wörtern „Gemeinsame Bundesausschuss“ das Wort „nimmt“ gestrichen und werden die Nummern 2 und 3 wie folgt gefasst:

„2. die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist oder

3. weder der Nutzen noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist.“‘

Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass es sich bei den relevanten Informationen insbesondere um Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt handelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird das in der geltenden Fassung vorgeschriebene bloße Benehmen zwischen Krankenhaus und Hersteller sowohl für den Antrag als auch die Informationsübermittlung an den G-BA durch das Erfordernis einer Einvernehmenserteilung durch den Hersteller ersetzt. Die im Regierungsentwurf verwendete Formulierung führt dazu, dass die Intention des klaren Einvernehmens zwischen Krankenhaus und Medizinprodukteherstellern bei der Stellung Anfrage zu neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden nicht hinreichend umsetzt wird,

denn diese fordert das explizite Einvernehmen lediglich bei der Übermittlung der Unterlagen zur Evidenz und setzt darüber hinaus kein Benehmen bei Stellung der Anfrage, wie bei der geltenden Fassung voraus.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bei den Anpassungen in Satz 3 handelt es sich um eine notwendige Änderung im Hinblick auf die folgende Änderung in Satz 4.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Änderung in Satz 4 erfolgt eine sprachliche Klarstellung, die besser als die bisherige Formulierung in Satz 3 zum Ausdruck bringt, dass ein Bewertungsverfahren des G-BA nach § 137h nur dann durchgeführt wird, wenn die Methode nach den Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Im Übrigen wird durch die Änderungen in die Bewertung durch den G-BA vereinfacht. Die Notwendigkeit einer Potentialprüfung wird gestrichen. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es bedarf nicht mehr einer Potentialbewertung und der positiven Feststellung eines Potentials durch den G-BA. Angesichts der Weiterentwicklungen des Konformitätsbewertungsverfahrens nach Maßgabe der Verordnung (EU) 2017/745 kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden.

Änderungsantrag Nr. 6

Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe a0 – neu – (§ 140a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 1 Nummer 80 wird dem Buchstaben a folgender Buchstabe a0 vorangestellt:

‚a0) In §140a Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Krankenkassen“ die Wörter „und ihre Verbände“ eingefügt.‘

Begründung

§ 140a Absatz 1 SGB V eröffnet Krankenkassen ein unbürokratisches Instrument zum Abschluss von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung. Diese Abschlusskompetenz sollte auch Krankenkassenverbänden zustehen. So können einem noch breiteren Versichertenkreis erleichtert innovative Modelle zur besonderen Versorgung angeboten werden. Ein Gesetzesvergleich mit § 63 Absatz 1 Satz 1 SGB V, der den Abschluss innovativer Modellvorhaben eröffnen soll, zeigt, dass an anderer Stelle der Gesetzgeber den Krankenkassen und ihren Verbänden bereits dieselben Optionen zur Vertragsgestaltung eingeräumt hat.

Aufgrund der Verpflichtung zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung unter Maßgabe der besonderen Regelungen aus § 73b Absatz 4 SGB V ist dagegen keine analoge Formulierung zu § 73b Absatz 1 Satz 1 SGB V naheliegend.

Diese Regelung geht auf einen Vorschlag des Bundesrates zurück.

Änderungsantrag Nr. 7

Zu Artikel 7 (§ 107 Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch sowie Artikel 7a bis c – neu – (§§ 5 Abs.1, 7 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz; § 56 Abs. 1 Zweites Buch Sozialgesetzbuch; § 311 Drittes Buch Sozialgesetzbuch)

1. Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

‚Artikel 7

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierten Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18.Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. §35a Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift sowie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse zu veröffentlichen."

2. Nach § 107 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Auf Antrag des Arbeitgebers kann die Krankenkasse dem Arbeitgeber oder bei Leistungsbeziehern nach dem SGB II und III der Agentur für Arbeit den Beginn und das jeweilige voraussichtliche oder tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit durch Datenübertragung übermitteln."'

2. Nach Artikel 7 wird folgender Artikel 7a eingefügt:

'Artikel 7a

Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes

Das Entgeltfortzahlungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) § 5 Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach den Sätzen 2 bis 4, sofern dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden."

§ 7 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu verweigern,

1. solange der Arbeitnehmer eine von ihm nach § 5 Abs. 1 vorzulegende ärztliche Bescheinigung nicht vorlegt oder den ihm nach § 5 Abs. 2 obliegenden Verpflichtungen nicht nachkommt; § 5 Abs. 1 Satz 5 gilt;

2. wenn der Arbeitnehmer den Übergang eines Schadensersatzanspruchs gegen einen Dritten auf den Arbeitgeber (§ 6) verhindert."'

3. Nach dem neuen Artikel 7a wird folgender Artikel 7b eingefügt:

'Artikel 7b

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

§ 56 Absatz 1 Satz 5 des Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nr. 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden."'

4. Nach dem neuen Artikel 7b wird folgender Artikel 7c eingefügt:

'Artikel 7c

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

§ 311 Satz 4 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nr. 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden."'

Begründung

Zu Nummer 1

Aufgrund des Umfangs der notwendigen Umstellung bei den Arbeitgebern erscheint eine zweijährige Einführungsphase sinnvoll, in welcher das Verfahren auf gesetzlicher Basis umgesetzt werden kann, aber noch nicht verpflichtend ausgestaltet ist. Um eine erneute gesetzliche Anpassung zu vermeiden bzw. auch die Umsetzung des Verfahrens sicherzustellen, könnte die Einführungsphase gesetzlich zeitlich begrenzt werden und danach der Datenaustausch für alle Arbeitgeber verpflichtend festgelegt werden.

Zu Nummer 2

Die Krankmeldung dient den Arbeitnehmern zum Nachweis über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit gegenüber ihren Arbeitgebern. Die Nachweisverpflichtung ergibt sich insbesondere aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz, so dass bei einer entsprechenden Umsetzung einer elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) im Verhältnis zu Arbeitgebern sowohl gesetzliche Regelungen zum Datenübermittlungsverfahren zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern als auch Änderungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes erforderlich wären. In der Konsequenz würde die Anzeigeverpflichtung des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber verbleiben, die Nachweisverpflichtung würde bei gesetzlich Versicherten über eine elektronische Datenübermittlung erfüllt.

Um die Datenübermittlung zwischen den Arbeitgebern und den Krankenkassen einheitlich sicherzustellen und hierbei möglichst bereits bestehende Verfahren zu nutzen, wird vorgeschlagen, die Übermittlung der Daten über bereits erprobte Arbeitgeberverfahren durchzuführen. Hierfür kann die zwischen den Arbeitgebern und Krankenkassen bestehende Infrastruktur für den Datenaustausch Entgeltersatzleistungen (EEL) genutzt werden.

Im heutigen Papierverfahren liegt die Datenhoheit beim Versicherten, d.h., der Versicherte hat die Möglichkeit, eine AU-Bescheinigung ggf. nur dann seinem Arbeitgeber vorzulegen, wenn er tatsächlich der Arbeit fernbleibt. Damit dies auch in einem Verfahren der Datenübermittlung von Seiten der Krankenkasse an den Arbeitgeber sichergestellt bleibt, sollte das Verfahren als sogenanntes „Pull“-Verfahren ausgestaltet werden. Dies bedeutet, dass keine automatische Übermittlung sämtlicher AU-Daten an den Arbeitgeber erfolgt, sondern der Arbeitgeber, der aufgrund einer Information durch den Versicherten über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit Kenntnis erlangt, die diesbezüglichen AU-Daten bei der Krankenkasse aktiv abfordern muss. Die elektronische Antwort der Krankenkasse auf eine elektronische Abforderung des Arbeitgebers stellt auch sicher, dass die Datenübermittlung von Seiten der Krankenkasse korrekt adressiert und damit den Datenerhebungs- und Datenübermittlungsvorschriften entsprechend erfolgt.

Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.1 wurde von der Fraktion DIE LINKE. zurückgezogen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.2neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Der Änderungsantrag hatte folgenden Inhalt:

Artikel 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. § 55 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „50 vom Hundert“ durch die Angabe „100 vom Hundert“ ersetzt.

bb) Die Sätze 3 bis 7 werden aufgehoben.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

d) In Absatz 5 wird „Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3“ durch „Satz 2“ ersetzt.

Begründung:

Seit dem 01.Januar 2005 leisten die Gesetzlichen Krankenkassen einen befundbezogenen Festzuschuss für Zahnersatz in Höhe von 50 Prozent der Kosten für eine Regelversorgung. Durch den Nachweis regelmäßiger Untersuchungen und präventionsorientierten Verhaltens werden bei einem über fünf bzw. zehn Jahre geführten Bonusheft bis zu 60 bzw. 65 Prozent der Kosten der Regelversorgung abgedeckt.

Für die Versicherten ist damit ein Betrag von mindestens 35 bis zu 50 Prozent der Regelversorgungskosten selbst zu tragen, es sei denn, sie fallen unter die Härtefallregelungen. Voraussetzung für die Erhöhung des Festzuschusses auf 60 bzw. 65 Prozent ist ein lückenloses Bonusheft.

In der Begründung für die geplante Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz um 10 Prozent durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wird argumentiert, dass die finanzielle Entlastung der Versicherten bei einer zehnprozentigen Erhöhung des Festzuschusses je nach notwendiger Versorgung um Beträge bis in den dreistelligen Bereich gehe. An diesem Beispiel kann umgekehrt abgeleitet werden, welche Summen die Versicherten zu tragen haben.

Laut Ergebnissen der amtlichen freiwilligen Haushaltsbefragung LEBEN IN EUROPA 2016 begründeten 44,4 Prozent der Befragten, die auf einen notwendigen Zahnarztbesuch verzichtet haben, dies mit finanziellen Gründen.[1]

Im Grundsatz zahlt die gesetzliche Krankenversicherung alles das, was medizinisch notwendig ist. Die Regelversorgung bei Zahnersatz ist als eine nach Maßgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für den jeweiligen Befund medizinisch notwendige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung definiert. Es gibt keinen vernünftigen Grund, weswegen dieser Grundsatz bei einer Regelversorgung mit Zahnersatz durchbrochen sein sollte und stattdessen nur 50 bis 65 Prozent, mit geplanter Änderung durch das TSVG 60 bis 75 Prozent des Notwendigen bezahlt werden. Daher wird hier eine Erhöhung auf 100 Prozent gefordert.

Alle Untersuchungen der Zahngesundheit der Bevölkerung[2] *zeigen, dass je geringer Einkommen und formale Bildung sind, desto schlechter ist auch der Zahnstatus. Gerade diese Versicherten haben aber auch die größten Schwierigkeiten, die Aufzahlungen zu leisten, insbesondere wenn ihr Einkommen knapp über den Härtefallgrenzen liegt.*

Aus guten Gründen wird die Übernahme von Kosten bei keiner anderen medizinisch notwendigen Maßnahme vom individuellen Verhalten abhängig gemacht. Denn letztlich bedeutet dies den Ausschluss von diesen Maßnahmen. Wie im letzten Abschnitt beschrieben, ist nicht nur das Verhalten, sondern sind auch die Verhältnisse ein wichtiger Erklärungsansatz für eine schlechtere Zahngesundheit.

Die bisherige Bonus-Regelung bei Vorlage des Bonusheftes der Versicherten ist abzulehnen, da der Bonus im Umkehrschluss Schlechterstellung von Versicherten darstellt, die keine lückenlosen jährlichen zahnärztliche Untersuchungen über fünf bzw. zehn Jahre nachweisen können. Um präventives Verhalten zu fördern, sollten besser Maßnahmen zur lebensweltbezogenen Prävention, etwa über die Stärkung der Gesundheitsämter getroffen werden.

Mit einer Erhöhung des Festzuschusses auf 100 Prozent der Kosten für die Regelversorgung entfallen die weiteren Härtefallregelungen nach den Absätzen 2 und 3. Dadurch werden als ein Nebeneffekt die Krankenkassen, die Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die Patientinnen und Patienten von Bürokratie entlastet.

[1] *(Statistisches Bundesamt, Fachserie 15, Reihe 3: LEBEN IN EUROPA (EU-SILC) Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union).*

[1] *Siehe z.B. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen, Berlin 2017, S. 18 und Jordan, A. R., 2018: Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie – DMG V, In: prophylaxe impuls, Jg. 22, S. 72-75, https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/Jordan-2018-Die_Fuenfte_Deutsche_Mundgesundheitsstudie.pdf*

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Der Änderungsantrag hatte folgenden Inhalt:

Artikel 10 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

‘7. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Im Rahmen der Entwicklung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 sind bundeseinheitliche Standards zu entwickeln, nach denen ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung erbringen (Betreuungsdienste) nach den Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, zuzulassen sind.

Dazu ist eine jährliche Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten einzuführen.

Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gelten bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste fort.“’

Artikel 10 Nummer 8 wird gestrichen.

Artikel 10 Nummer 9 wird gestrichen.

Begründung:

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollte ein ganzheitliches Pflegeverständnis in den Versorgungsalltag einziehen. Umfang und Inhalt der „häuslichen Pflegehilfe“ nach § 36 SGB XI wurden deutlich erweitert. „Als häusliche Pflegehilfe werden nun körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen verstanden“. (Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht, Osnabrück/Bielefeld 2018, S.9)

Diese Aktivitäten und Lebensbereiche sind eindeutig umfassender als eine auf Alltags-verrichtungen ausgerichtete Unterstützung, wie sie unter dem alten Begriff der Pflegebedürftigkeit und dem alten § 36 SGB XI vorgesehen war.

Dieser teilhabeorientierte Pflegebegriff zielt darauf ab, das verrichtungsbezogene Pflegeverständnis zu überwinden. Das Leistungsspektrum sollte nicht mehr auf in Leistungskomplexen organisierte Alltagsverrichtungen beschränkt werden. Aus diesem Fokus heraus kritisierten Experten bereits die mit dem Pflegestärkungsgesetz II erfolgte Trennung von Pflege- und Betreuungsleistungen.

Entgegen dieser Zielstellung institutionalisiert die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgeschlagene Zulassung ambulanter Betreuungsdienste jedoch eine Trennung der Leistungen – ohne Qualitätsvorgaben und ohne Qualitätsberichterstattung zu bereits bestehenden niedrigschwelligen Betreuungsangeboten.

Auf diesem Weg kann ein ganzheitliches und teilhabeorientiertes Pflegeverständnis nicht umgesetzt werden. Zu stärken ist dagegen die fachlich gesicherte, ganzheitliche Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste durch mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.8 wurde von der Fraktion DIE LINKE. zurückgezogen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 19(14)51.9 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Dieser hatte folgenden Inhalt:

a) Art 1 Nr. 79, Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd (betrifft 137h Absatz 1 SGB V) wird gestrichen.

b) Art 1 Nr. 79, Buchstabe c, Doppelbuchstabe bb (betrifft 137h Absatz 4 SGB V):

Satz 5 („Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen.“) wird nicht ersetzt.

Die neuen Sätze „Die Methode wird im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinproduktes regeln, das im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode angewendet wird, insbesondere einen befristeten Zeitraum für dessen Abrechnungsfähigkeit festlegen." werden nicht eingefügt.

Die nachfolgenden Sätze werden Satz 5 [alt] angefügt.

Begründung:

Medizinprodukte können für die Patientinnen und Patienten großen Nutzen bringen, bergen aber auch teilweise erhebliche Risiken. Anders als bei neuen Arzneimitteln findet bei Marktzugang keine regelhafte Überprüfung statt, ob Hochrisikoprodukte (Klassen 2b und 3) einen therapeutischen Fortschritt bedeuten. Selbst die Risiken werden nur unzureichend überprüft, wie verschiedene Skandale in der Vergangenheit zeigen. Die neue EU-Medizinprodukterichtlinie wird ab 2020 Verbesserungen bei der Patientensicherheit mit sich bringen. Die von mehreren Mitgliedsstaaten ins Spiel gebrachte europäische Nutzenbewertung wurde jedoch mit maßgeblicher deutscher Initiative nicht beschlossen.

Umso bedenklicher stellt sich die Entschärfung der ohnehin wenig wirksamen sozialrechtlichen Bewertung neuer medizinproduktebasierter Verfahren dar (§§ 137e, 137h SGB V). So soll die Einschätzung, ob das neue Produkt überhaupt das Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, entfallen. Mindestens ebenso kritisch dürfte sich auswirken, dass die neuen Verfahren auch ohne Erprobung in die Versorgung kommen sollen. So besteht für Hersteller und Krankenhäuser kaum ein Anreiz mehr, überhaupt ein neues Medizinprodukt auf seinen Patientennutzen zu testen. Die Anwendung neuer Produkte gerät so zum Flächenversuch, ohne dass Nutzen und der therapeutische Wert des neuen Produkts überhaupt ermittelt werden.

Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)51.10 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FPD gegen die Stimmen der Fraktionen und DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Änderungsanträge hatten folgenden Inhalt:

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 Nr. 28a (§ 63 Abs. 3b SGB V)

§ 15 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

In § 15 Abs. 1 Satz 1 wird vor Abs. 3c „Abs. 3b Satz 2-4 und" eingefügt.

§ 63 Abs. 3b Satz 2 bis 4 neu werden wie folgt gefasst:

„Krankenkassen und/oder ihre Verbände sowie Heilmittelerbringer und/oder ihre Verbände sollen Modelle zur Substitution entwickeln und durchführen. Diese müssen mindestens zwei der nachfolgenden Ziele erfüllen sowie nach den Standards der evidenzbasierten Medizin Grad Ib angelegt und durchgeführt werden.

Ziele können sein:

a) Evaluation geeigneter Qualifikationsniveaus der Heilmittelerbringer,

b) Evaluation der Patientensicherheit,

c) Erprobung von Wirtschaftlichkeitsmodellen, Durchführung gesundheitsökonomischer Kostenanalysen,

d) Aufbau geeigneter Controlling- und Vertragsmodelle,

e) Schaffung von Evidenz für geeignete Therapiemaßnahmen des Heilmittelkataloges.

Für die Durchführung dieser Modellvorhaben entfällt § 15 Abs. 1 SGB V. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf drei Jahre zu befristen mit der Option auf Verlängerung bis zu 5 längstens Jahren."

§ 64 d Absatz 2 Nr. 3 SGB V wird gestrichen.

Begründung:

Mit der geplanten Streichung von § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 entfallen Modellvorhaben für Heilmittelerbringer vollständig. Wir schlagen vor, § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 SGB V nicht ersatzlos zu streichen, sondern stattdessen zusätzlich zur Blankoverordnung, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in die Regelversorgung überführt werden soll, Modellvorhaben zur Substitution, also zur Behandlung der Heilmittelerbringer im Direktzugang, vorzusehen. Diese müssen nach hohen wissenschaftlichen Standards durchgeführt und evaluiert werden.

Der Direktzugang bietet wichtige Ansätze zu einer besseren, bedarfsgerechteren und zeitnahen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum. In Modellversuchen zum Direktzugang könnten zudem wichtige Fragen, wie etwa zur Qualifikation oder der Vergütung für neue Leistungen, bei der Evaluation berücksichtigt werden. Insofern könnten diese Modellversuche auch eine wertvolle wissenschaftliche Begleitung der dringend anstehenden Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe sein.

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 97 (§ 291b SGB V)

Nummer 97 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

‚a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information trifft in Zusammenarbeit mit den Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Gesellschaft für Telematik, den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach §140f Abs. 1, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden die notwendigen Festlegungen und Standards für die Struktur medizinischer Dokumente in Deutschland. Dabei gibt das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information Termine und Prioritäten vor und kann Zuarbeiten der genannten Organisationen einfordern. Das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung. Die Ergebnisse werden auch für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 verwendet, um die semantische und syntaktische Interoperabilität innerhalb der elektronischen Patientenakte und anderer Anwendungen zu gewährleisten. Es hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen. Die Festlegungen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation nach Satz 7 sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Die Festlegungen nach Satz 7 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information richtet für die Aufgaben nach Satz 7 einen Beirat ein, dem Fachleute auf dem Gebiet der Standardisierung und Normung angehören sollen und der unter Vorsitz des Präsidenten des Instituts tagt. Der Beirat gibt sich mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Geschäftsordnung"

bb) Die bisherigen Sätze 7 und 8 werden die Sätze 16 und 17.

cc) Die bisherigen Sätze 9 bis 14 werden aufgehoben.‘

Begründung:

Mit der Regelung wird dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und

Information aufgegeben, in Zusammenarbeit mit

- *den Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1,*
- *dem Verband der Privaten Krankenversicherung,*
- *der Gesellschaft für Telematik,*
- *den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach §140f Abs. 1,*
- *den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften,*
- *den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege,*
- *den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen sowie*
- *den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden*

Festlegungen und Standards für die Strukturierung medizinischer Dokumente zu treffen. Diese Standards und Festlegungen sollen auf international gebräuchlichen semantischen und syntaktischen Standards der Medizininformatik beruhen. Nationale Sonderwege sind dabei zu vermeiden. Diese Festlegungen sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach §291e SGB V aufzunehmen. Das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung. Für die Aufgaben nach Satz 7 richtet das DIMDI einen gesonderten Beirat ein, der sich eine Geschäftsordnung gibt, unter Vorsitz der Präsidentin bzw. des Präsidenten des DIMDI tagt und dem Fachleute auf dem Gebiet der Standardisierung und Normung angehören sollen.

Petitionen

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 lagen dem Ausschuss für Gesundheit neun Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 der Geschäftsordnung angefordert hatte. Die Petitionen wurden in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, mit dem Terminservice-Versorgungsgesetz (TSVG) wolle man kürzere Wartezeiten und mehr Sprechstunden für die Patienten sowie eine bessere Vergütung für die Beschäftigten des Gesundheitswesens erreichen. Im Detail sehe der Gesetzentwurf vor, das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten von 20 auf 25 Stunden zu erhöhen. Gleichzeitig sollten Fachärzte künftig auch offene Sprechstunden anbieten. Parallel dazu würden die Ärzte für erbrachte Mehrleistungen auch zusätzlich vergütet. Vorgesehen seien unter anderem mehr Geld für die „sprechende Medizin“, ein Zuschlag von 10 Euro für eine erfolgreiche Vermittlung eines Facharzt-Termins durch einen Hausarzt und die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen für die Behandlung neuer Patienten. Für die Behandlung nach Vermittlung durch die Terminservicestellen gebe es zusätzlich Zuschläge gestaffelt nach der Wartezeit auf den Behandlungstermin. Mit dem Gesetz sei außerdem vorgesehen, den ländlichen Raum zu stärken. So sollten Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, über regionale Zuschläge besonders unterstützt werden. Weitere vorgesehene Regelungen beträfen die Zulassung von zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Zudem sollten die Heilmittelerbringer (Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten) finanziell gestärkt werden. Dafür würden die Höchstpreise bundesweit vereinheitlicht und Blanko-Verordnungen in die Regelversorgung eingeführt. Relevante Änderungen erfolgten zudem im Hilfsmittel-Bereich. So werde die Möglichkeit zu Hilfsmittel-Ausschreibungen aufgehoben. Mit diesem Gesetz gehe man einen guten und wichtigen Schritt in die richtige Richtung. Mit dem TSVG sei ein gutes Gesetz gelungen und man bitte daher um Zustimmung.

Für die **Fraktion der SPD** war von entscheidender Bedeutung, dass mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz die Leistungen und der Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte verbessert und damit das im

Koalitionsvertrag vereinbarte Sofortprogramm umgesetzt werde. Mit erweiterten und besser erreichbaren Terminservicestellen würden künftig auch haus- und kinderärztliche Termine vermittelt und eine bessere Steuerung in die richtige Versorgung ermöglicht. Offene Sprechstunden und ein erweitertes Mindestsprechstundenangebot gäben Patientinnen und Patienten nun die Möglichkeit, zeitnah gesundheitliche Probleme abzuklären und behandeln zu lassen. Darüber hinaus werde die Versorgung durch offene Sprechstunden und das erweiterte Mindestsprechstundenangebot ebenfalls verbessert. Damit werde die Diskussion, dass bei der Terminvergabe gesetzlich Versicherte gegenüber den Privatversicherten benachteiligt würden, beendet. Zusätzliche Anreize zur Behandlung von Neupatienten durch Haus- und Fachärzte biete die Entbudgetierung. Die Verpflichtung der Krankenkassen, die Patienten in den Wahltarifen der hausarztzentrierten Versorgung mit 50 Prozent an den Effizienzgewinnen zu beteiligen, sei neben der Förderung der sprechenden Medizin ein wesentlicher Beitrag zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Für die SPD-Fraktion sei besonders wichtig, dass mit etlichen Regelungen die Medizinischen Versorgungszentren als feste Größe bei den verschiedenen ambulanten Versorgungsformen gestärkt würden und dadurch und durch die Verpflichtung zur Errichtung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch eine Bedarfsplanung, bei der die Länder Mitsprache bei Neuniederlassungen in Regionen mit besonderem Bedarf erhalten auch künftig die flächendeckende medizinische Versorgung gewährleistet werde. Ein weiterer wesentlicher Punkt für die Versorgung in ländlichen Gebieten sei die finanzielle Stärkung der Heilmittelerbringer und die Einführung der Blankoverordnung in die Regelversorgung. In Zukunft werde die Bedeutung der Heilmittelerbringer für die Sicherung der medizinischen Versorgung in ärztlich unterversorgten Regionen wachsen. Und nicht zuletzt sei wichtig, dass durch die Änderung in Artikel 12 rechtssicher festgehalten werde, dass der Mindestpreis aus Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, Festzuschlag von 70ct und Umsatzsteuer besteht. Auf diese Preisbestandteile dürfe der Großhandel weder Rabatte noch Skonti gewähren.

Die **Fraktion der AfD** stellte fest, das ursprünglich mit dem TSVG verfolgte Ziel, eine schnelle Terminvergabe für die gesetzliche Krankenversicherten zu erreichen und die medizinische Versorgung zu verbessern, sei durch die unzähligen Änderungsanträge zu allen möglichen Themen im Gesundheitswesen aufgeweicht worden. Besonders zu kritisieren sei, dass sich alle Neuregelungen durch starke Eingriffe in die Finanzierungs-, Leistungs- und Organisationshoheit aller Akteure im Gesundheitswesen auszeichneten und deutlich in die Richtung einer staatlich gelenkten Medizin gingen. Das zeige sich vor allen Dingen in den Vorschriften zur Arbeitszeit der freiberuflichen Ärzte und in den Leistungsvorschriften zur Präimplantationsdiagnostik sowie zur Präexpositionsprophylaxe. Auch die Übernahme von 51 Prozent der Anteile an der gematik durch das Bundesministerium der Gesundheit (BMG) belege diese Tendenz. Diese Liste lasse sich beliebig erweitern. Das gesamte Gesetz erscheine wie ein medizinischer Supermarkt mit Discountwaren, mit Lokalangeboten und Rabattecken. Das Gesetz sei mit zu heißer Nadel gestrickt und werde deshalb von der Fraktion abgelehnt.

Die **Fraktion der FDP** bemängelte, schnellere Sprechstundentermine, mehr Sprechstunden und bessere Angebote für gesetzlich Versicherte würden mit dem vorliegenden Gesetz nicht erreicht. Es werde so getan, als ob die Aufstockung der verpflichtenden Sprechstunde der Ärzte von 20 auf 25 Stunden automatisch zu einem besseren Terminangebot führe. Dies sei nicht der Fall. Wirklich entlasten würde die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten ein umfassender Bürokratieabbau, da die Mediziner derzeit insgesamt 52 Millionen Bürokratiestunden im Jahr leisten müssten. Außerdem solle die grundversorgende Leistung der Haus- und Fachärzte entbudgetiert werden. Ein solcher Schritt würde die Ärztinnen und Ärzte wirklich weiterbringen. Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen gingen nicht weit genug, da chronisch Kranke, Erstpatientinnen und Patienten sowie Personen, die sich nicht an die Terminservicestellen wendeten, benachteiligt würden. Positiv zu bewerten sei unter anderem die Übernahme der Kosten für die Präexpositionsprophylaxe für Menschen mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko durch die gesetzliche Krankenversicherung. Dennoch lehne man das Gesetz insgesamt ab.

Die **Fraktion DIE LINKE.** kritisierte die flapsige und inhaltsleere Art, mit der die CDU/CSU auf Nachfragen der Opposition reagiert habe. Die Art sei bezeichnend für das Zustandekommen des Gesetzes insgesamt. Die über Änderungsanträge eingebrachten wichtigen Themen hätten eine ausführliche parlamentarische Behandlung und eine öffentliche Debatte erfordert. Diese sei unterlaufen worden. Viele Problemfelder blieben weiterhin bestehen. Ein Beispiel seien die Medizinischen Versorgungszentren. Wie die Union selber eingeräumt habe, sei die Problematik nicht gelöst. Auch die Erprobung von Medizinprodukten sei hochproblematisch und quasi nebenbei werde eingeführt, dass Krankenkassen künftig durch Wirtschaftsberatungsunternehmen und große Anwaltskanzleien geprüft werden könnten. Damit werde die staatliche Kontrolle des Gesundheitswesens privatisiert. Die mit dem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen seien bis auf wenige Ausnahmen nicht geeignet, die Versorgung für

die Patientinnen und Patienten zu verbessern. Das Grundproblem, die finanziellen Fehlanreize, die durch die ungleiche Vergütung für privat und gesetzlich Versicherte entstünden, werde nicht angegangen. Dass Privatpatienten schneller Termine erhielten, hänge mit der besseren Vergütung zusammen und darauf sei auch der Versorgungsnotstand in ländlichen Räumen maßgeblich zurückzuführen. Ärztinnen und Ärzte ließen sich eher da nieder, wo es mehr privat Versicherte gebe. Das seien in der Regel nicht die ländlichen Regionen. DIE LINKE. lehne das Gesetz deshalb insgesamt ab.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** lehnte das Gesetz ab, da es im Kern nicht dazu beitrage, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. In den Gutachten der Sachverständigenräte würden etliche Vorschläge für Verbesserungen gemacht. Eine zu niedrige Vergütung von Fachärzten sei dort aber bisher nicht thematisiert worden. Doch ausgerechnet eine solche Erhöhung werden nun zum kostenträchtigsten Faktor dieses Gesetzes. Es müsse von Mehrkosten in Höhe von 800 Millionen bis 1,2 Milliarden Euro für die Regelungen im Zusammenhang mit den Terminservicestellen ausgegangen werden. Es wäre besser gewesen, ländliche und strukturschwache Räume gezielt zu fördern sowie die Versorgung multimorbider Personen sowie die Geburtshilfe zu stärken. Richtig seien die Aufwertung der Heilberufe und die Verbesserung der Bezahlung. Es fehle allerdings die im Koalitionsvertrag vorgesehene Schulgeldbefreiung. Die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung gingen in die richtige Richtung, dennoch fehlten Vorgaben für eine gesetzliche Qualitätsentwicklung und –kontrolle. Nicht nachvollziehen könne die Fraktion die Regelungen zur Interoperabilität der Patientenakte und insbesondere die Übernahme der Mehrheitsanteile der gematik durch das Bundesministerium der Gesundheit. Es fehle ein umfassendes Gesamtkonzept zur Digitalisierung des Gesundheitswesens.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 19/6337, 19/6436 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 5 (§ 9)

Die Änderung sieht vor, dass der zur Rechtsbereinigung aufzuhebende § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 nicht wie bisher vorgesehen durch § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 ersetzt wird, sondern frei bleibt. Dies dient der technischen Anpassung an die durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) (GKV-VEG) geänderte und ab dem 1. Januar 2019 geltende Rechtslage.

Zu Nummer 7 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift regelt die Deckelung der durch die Krankenkassen in ihren jeweiligen Satzungen vorzunehmenden Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten bei 5 Prozent des Erstattungsbetrages entsprechend der Erstattungsregelungen. Bislang haben die Krankenkassen in ihren Satzungen zumeist Abschläge von bis zu zehn Prozent für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen. Es wird sichergestellt, dass die Krankenkassen keine höheren Abschläge aus dem Umstand vornehmen können, dass die Gesundheitsbehandlung im EU-Ausland, einem Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz stattfindet und Versicherte dadurch im Vergleich zur Kostenerstattung im Inland (vgl. § 13 Absatz 2 Satz 10) nicht finanziell benachteiligt werden.

Zu Nummer 8a (§ 20h)

Zu Buchstabe a

Statt wie bisher unterschiedliche Begriffe, wie Gemeinschaftsförderung/Pauschalförderung, zu verwenden, um denselben Tatbestand zu umschreiben, wird nunmehr einheitlich in § 20h der Begriff „Pauschalförderung“ verwendet. Dies dient der Rechtsklarheit. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung unter Doppelbuchstabe aa zur Höhe der Fördermittel wird die Anhebung von mindestens 50 auf mindestens 70 Prozent bei der gemeinschaftlichen Pauschalförderung sichergestellt. Damit wird gewährleistet, dass die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch die Krankenkassen und ihre Verbänden eine ausreichende Basisfinanzierung erhalten. Diese wird zur Absicherung der originären und vielfältigen Selbsthilfearbeit sowie regelmäßig wiederkehrende Aufwendungen wie Miete, Büroausstattung, Internetauftritte, Medien, Fortbildungen und Schulungen und Reisekosten geleistet. Hierdurch wird die Selbsthilfestruktur gestärkt.

Im Übrigen vgl. Begründung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 8b (§ 20i)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Buchstabe c.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung des gesetzlichen Wortlauts soll klarstellen, dass Ansprüche gegen andere Kostenträger auf Leistungen von Schutzimpfungen (etwa aufgrund arbeitsschutzrechtlicher Vorschriften) einen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in keinem Fall ausschließen. Das besondere öffentliche Interesse an einer hohen Durchimpfungsrate soll in jedem Fall Vorrang haben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Anpassung des gesetzlichen Wortlauts soll erreicht werden, dass Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, einheitlich dann von der GKV zu erbringen sind, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich oder durch eine Ausbildung (also auch durch ein Studium) bedingt ist. Dies ist auch dann der Fall, wenn für andere zur häuslichen Gemeinschaft gehörende Personen der Auslandsaufenthalt ebenfalls durch diese Ursachen bedingt ist (beispielsweise mitreisende Ehegatten oder Kinder).

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Frist für den Erlass bzw. die Änderung der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 3 wird im Interesse einer schnelleren Umsetzung der künftigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und damit einer rascheren Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungen auf zwei Monate verkürzt. Sie ist ausreichend, um eine ordnungsgemäße Umsetzung zu gewährleisten.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Klarstellung soll verdeutlicht werden, dass künftig nicht mehr nur durch die Bereitstellung eines Impfausweisvordruckes der gesetzlichen Verpflichtung Genüge getan ist, sondern dann, wenn ein Impfausweis bereitgestellt wird, der den Anforderungen des § 22 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.

Zu Buchstabe c

Krankenkassen können in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen, um besonderen Bedürfnissen ihrer Versicherten Rechnung zu tragen. Unter Schutzimpfung im Sinne der Vorschrift ist jedoch nach § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) lediglich die Abgabe eines Impfstoffs mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen, zu verstehen. Eine vorbeugende Impfung beruht auf einer spezifischen, aktiven Immunisierung gegen Krankheitserreger. Nicht erfasst von der Satzungsermächtigung sind bislang andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach § 2 Nummer 10 IfSG, bei denen es sich um die Gabe von Antikörpern (passive

Immunprophylaxe) oder um die Gabe von Medikamenten (Chemoprophylaxe) zum Schutz vor Weiterverbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten handelt. Mit der Änderung wird den Krankenkassen ermöglicht, in ihren Satzungen künftig auch eine Kostenübernahme für diese Leistungen vorzusehen.

Zu Buchstabe d

Absatz 3 enthält einen klarstellenden Verweis, dass unter den Voraussetzungen einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 IfSG ebenfalls ein Versorgungsanspruch besteht (was bereits bisher der Fall war). Es handelt sich um eine Rechtsgrundverweisung.

Der bisherige Absatz 3 geht in § 132e Absatz 1 auf. Auf die Begründung zu Nummer 74 Buchstabe a wird verwiesen.

Zu Nummer 9 (§ 20j)

Durch die Änderung wird unterstrichen, dass sich die Evaluation nicht auf den Bereich HIV/AIDS beschränken sondern umfassend das Infektionsgeschehen in Bezug auf alle relevanten sexuell übertragbaren Krankheiten in den Blick nehmen soll. Entsprechend den Leitlinien der Deutschen AIDS-Gesellschaft e. V. ist das Vorhandensein einer sexuell übertragbaren Infektion in den letzten 12 Monaten für bestimmte Gruppen ein Qualifizierungsmerkmal für die Präexpositionsprophylaxe. Anhand der bisherigen Studienlage ist unklar, ob die PrEP zu einer Senkung der Inzidenz anderer sexuell übertragbarer Infektionen als Folge einer verstärkten Behandlung bei PrEP-Nutzern führt, oder ob es zu einer Zunahme anderer sexuell übertragbarer Infektionen aufgrund von verändertem Schutzverhalten kommt. Daher soll mit der Ausweitung der Erfassung auf andere sexuell übertragbare Infektionen überprüft werden, ob und welchen Einfluss die Präexpositionsprophylaxe auf die Verbreitung anderer sexuell übertragbarer Infektionen hat.

Zu Nummer 10a (§ 27b)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschlüssen vom 21. September 2017 und 18. Oktober 2018 erste Festlegungen zu strukturierten Zweitmeinungsverfahren in einer Zweitmeinungs-Richtlinie getroffen. Die Frist für den Erstbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses für Festlegungen zur Zweitmeinung ist damit überholt und wird aufgehoben.

Zu Nummer 12 (§ 29)

Der neu gefasste Gesetzesbefehl trägt dem Umstand Rechnung, dass im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) die Arten der Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung und die zu verwendenden Behandlungsmittel nicht abschließend beschrieben sind. Deshalb wird anstelle des im Gesetzentwurf verwendeten Begriffs der im BEMA „abgebildeten“ Leistungen, der Begriff „vergleichbar“ verwendet. Auf diese Weise wird vermieden, dass im Abrechnungsbereich Kieferorthopädie für sämtliche Gebührenpositionen abschließende Festlegungen vorgenommen werden müssen. Dies wäre mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden und würde auch die Innovationsoffenheit des Leistungsbereichs gefährden. Soweit aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen im BEMA enthaltenen Leistungen und Mehrleistungen eine Konkretisierung der BEMA-Leistungen erforderlich ist, erfolgt diese gemäß Satz 5 durch den Bewertungsausschuss.

Weiter wird der Gesetzesbefehl dahingehend ergänzt, dass für den Fall einer Mehrkostenversorgung eine schriftliche Vereinbarung zwischen Patienten und Zahnarzt zu schließen ist, die eine transparente Aufstellung über die voraussichtlich entstehenden Kosten enthält. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung des Zahnarztes, zu jeder in Betracht kommenden Behandlungsalternative in Textform eine Darstellung mit Kostenaufstellung anzufertigen und auszuhändigen, wird verzichtet. Diese wäre mit einem unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand verbunden, ohne das individuelle Informationsbedürfnis des jeweiligen Patienten zu berücksichtigen.

Zu Nummer 12a (§ 31)

Für die Versorgung mit Medizinprodukten und mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung soll es bei der bisherigen Rechtslage verbleiben, der zufolge entsprechende Lieferverträge der Krankenkassen, ihrer Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften weiterhin im Wege von Ausschreibungen vergeben werden können. Die negativen Auswirkungen von Ausschreibungen im Bereich der Hilfsmittel, die Anlass der Änderung der §§ 126 und 127 durch dieses Gesetz sind, haben sich bei Medizinprodukten und bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung nicht gezeigt.

Zu Nummer 13a (§ 32)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung wegen Fristablaufs. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dem Auftrag nachgekommen.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen von Heilmitteln, die die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 zu regelnde orientierende Behandlungsmenge überschreiten, nicht durch-geführt wird. Die in der Vergangenheit durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls waren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und wurden ohnehin nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt.

Zu Nummer 14 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Durch diese Regelung erhalten Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte auf Grund seines körperlichen Zustandes beispielsweise bei Blutentnahmen und Injektionen auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Durch den Sicherheitsmechanismus wird die pflegende Person vor dem Risiko der Infizierung mit einer Krankheit geschützt. Dies ist insbesondere bei Diabetikern relevant, bei denen Pflegekräfte oder Angehörige die Punktion und Messung des Blutzuckerwertes sowie die Injektion des Insulins übernehmen.

Die zur Versorgung erforderlichen Hilfsmittel wie beispielsweise Lanzetten, Kanülen und Portnadeln werden dem Versicherten durch den behandelnden Arzt verordnet. Die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus sind in der Regel nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Somit sind sie nach geltender Rechtslage nicht verordnungsfähig. In der Folge müssen Arbeitgeber der Pflegekräfte zum Schutz ihrer Beschäftigten die verordneten Hilfsmittel gegen die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus austauschen, was zu einer unnötigen und kostenintensiven Doppelversorgung führt. Bei der Pflege durch Angehörige und andere private Pflegepersonen müssen die Pflegebedürftigen oder ihre Pflegepersonen die Kosten für die Sicherheitsinstrumente selbst tragen oder das Risiko einer Infektion eingehen, was nicht zumutbar ist.

Die Tätigkeiten, bei denen diese erhöhte Gefährdung vorliegt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Hilfsmittel-Richtlinie bis zum 31. Januar 2020 festzulegen. Dabei kann er sich unter anderem an den Regelungen der Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe („TRBA 250 – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ – TRBA 250) orientieren, die unter Punkt 4.2.5 Absatz 4 Ziffern 1 bis 3 Tätigkeiten beziehungsweise Arbeitsbereiche benennt, bei denen Instrumente mit Sicherheitsmechanismus zu verwenden sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 127 Absatz 1.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Nummer 15 (§ 35a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung in Folge der Änderungen zu c und d.

Zu Buchstabe b

Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses soll sowohl den Beschlusstext als auch die tragenden Gründe zum Beschluss in die englische Sprache übersetzen und veröffentlichen. Den Behörden und den interessierten Fachkreisen insbesondere der anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union sollte eine möglichst um-

fassende Information über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses in englischer Sprache zur Verfügung stehen. Dazu gehört auch eine vollständige Begründung, anhand derer sich die Hintergründe für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nachvollziehen lassen.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

In Doppelbuchstabe bb wird die bisher in § 73 Absatz 9 Satz 2 geregelte Verordnungsermächtigung zur Regelung der Anforderungen an die Veröffentlichung der maschinenlesbaren Fassung aus systematischen Gründen in Absatz 3a geregelt.

Die Änderungen zu den Doppelbuchstaben aa und cc sind redaktionelle Folgeregelungen hierzu.

Zu Doppelbuchstabe dd

Bei Anpassung der Verfahrensordnung an die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 und der Regelung des Näheren sind auch die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundes-verbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen in das Stellungnahmeverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubeziehen.

Zu Nummer 17 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nicht nur verpflichtet sind, bei Bedarf die im neuen Satz 7 genannten Leistungen zu verordnen. Vielmehr umfasst das Entlassmanagement auch, Versicherte bei der Veranlassung und Beantragung weiterer Leistungen zu unterstützen, die nach einer Krankenhausbehandlung erforderlich werden können. Hierzu zählen insbesondere die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, die Haushaltshilfe nach § 38 und die Kurzzeitpflege nach § 39c. Die Änderung stellt zugleich klar, dass das Entlassmanagement auch alle für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlichen Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch umfasst.

Zu den Buchstaben b und c

Medizinisch notwendige Krankentransporte nach stationärer Behandlung sind nicht von der Verordnungsbefugnis der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a umfasst, sondern können nur von Vertragsärztinnen und -ärzten verordnet werden. Zum Zeitpunkt der Verordnung des Krankentransports durch den Vertragsarzt ist jedoch weder eine verlässliche Aussage über die medizinische Erfordernis eines Krankentransports nach der Krankenhausbehandlung möglich, noch ist das Entlassungsdatum bekannt. Somit kann die Verordnung einer Rückfahrt vom Krankenhaus oftmals nicht vorab durch den Vertragsarzt erfolgen. Aufgrund der fehlenden Verordnungsbefugnis der Krankenhäuser kann für viele Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus keine Rückfahrt erfolgen, selbst wenn diese medizinisch indiziert ist. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wird für Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a eine Verordnungsbefugnis für Krankentransporte nach der Krankenhausbehandlung geschaffen.

Zu Nummer 19a (§ 39c)

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung durch Aufhebung einer durch Erledigung gegenstandslos gewordenen Berichtspflicht zur Kurzzeitpflege.

Zu Nummer 20 (§ 40)

Bei den Änderungen des § 40 Absatz 2 und 3 wird die Satzzählung entsprechend der neuen Rechtslage, die seit dem 1. Januar 2019 aufgrund der durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) (PpSG) vorgenommenen Änderungen besteht, angepasst.

Der Änderungsbefehl entspricht dem Gesetzentwurf mit Ausnahme der Streichung der Verweiskorrektur in § 40 Absatz 2 auf den § 39 Absatz 1a, die wegen der vorrangigen Sonderregelung im Gesetzentwurf für das Schiedsverfahren zum Entlassmanagement bei stationärer Rehabilitation nicht erforderlich ist.

Zu Nummer 21 (§ 44)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bereits der Gesetzentwurf sieht eine klarstellende Regelung zum Wirksamwerden der nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 abgegebenen Wahlerklärung vor, damit die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsinanspruchnahme ausgeschlossen wird. Im Hinblick auf die gesetzliche Intention, eine wirksame Wahlerklärung bei einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit regelmäßig auszuschließen und zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsinterpretationen und Rechtsstreitigkeiten stellt die Regelung nicht auf den Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung, sondern auf den Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse ab.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung durch Aufhebung einer gegenstandslos gewordenen Berichtspflicht. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen mit Schreiben vom 11. Dezember 2018 an den Deutschen Bundestag übermittelt (vgl. BT-Drs. 19/6300). Der einmaligen Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit zum 31. Dezember 2018 wurde damit nachgekommen.

Zu Nummer 22a (§ 47b)

Die Aufhebung des Satzes 2 dient der Rechtsbereinigung. In § 47b Absatz 1 Satz 2 wird der Zeitpunkt bestimmt, an dem der Krankengeldanspruch für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 entsteht. Nach der Änderung des § 46 Satz 1 Nummer 2 durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) besteht kein Regelungsunterschied mehr zu Satz 2. Die Regelung des Satzes 2 in § 47b Absatz 1 Satz 2 stellt daher keine Sonderregelung mehr dar und ist seitdem ohne Bedeutung.

Zu Nummer 27 (§ 53)

Zu Buchstabe a

Durch die Neuregelung werden die Krankenkassen verpflichtet, Versicherte, die in Wahltarifen für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben sind, an Effizienzgewinnen aus diesen Tarifen zu beteiligen. Zwar ist es bisher schon möglich, in der Satzung vorzusehen, dass am Wahltarif teilnehmende Versicherte Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen erhalten. Nun wird aber verbindlich vorgegeben, dass die Krankenkassen mindestens 50 Prozent des Differenzbetrages, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen, diesen Versicherten wieder zufließen lassen müssen.

Damit wird die Attraktivität der HzV für die Versicherten weiter gesteigert.

Die Krankenkasse hat im Vorhinein zu berechnen, welche Effizienzsteigerungen und Einsparungen aus der Einschreibung ihrer Versicherten in eine HzV zu erwarten sind. Auf der Grundlage dieser Berechnung sind den Versicherten von Beginn der Teilnahme am Wahltarif Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen zu gewähren.

Die Kalkulation ist der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Da es – neben der Verbesserung der Versorgungsqualität – stets auch Ziel der hausarztzentrierten Versorgung ist, Effizienzsteigerungen zu erzielen, bedarf es einer besonderen Begründung, sollte eine Krankenkasse in ihrer Kalkulation zu dem Ergebnis kommen, dass keine Effizienzsteigerungen erwartet werden, die die Aufwendungen übersteigen.

Zu Nummer 28a (§ 63)

Zu Buchstabe a

Die derzeit geltende Regelung, dass die Krankenkassen und ihre Verbände Modellvorhaben vereinbaren können, in deren Rahmen Physiotherapeuten und Ergotherapeuten die Auswahl und Dauer der Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, entfällt, da die Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß dem neuen § 125a bei Indikationen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer miteinander vereinbaren, in die Regelversorgung übernommen wird.

Zu Buchstabe b

Die Regelung in § 64d Absatz 4, die auf die Ermöglichung von Modellvorhaben zur Erprobung der podologischen Therapie auch bei solchen krankhaften Schädigungen am Fuß abzielt, die nicht durch Diabetes mellitus verursacht sind, wird wegen der Aufhebung des § 64d in den § 63 Absatz 3d überführt.

Zu Nummer 30a (§ 64d)

Mit der in dem neuen § 125a geregelten Aufnahme der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in die Regelversorgung erübrigt sich die derzeit geltende Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, Modellvorhaben zu dieser Versorgungsform zu vereinbaren.

Zu Nummer 31 (§ 65c)

Bereits der Gesetzentwurf sieht eine Verlängerung der Nachbesserungsfrist von einem auf zwei Jahre vor, um den klinischen Krebsregistern der Länder die Möglichkeit zu geben, den geplanten Aufbau abzuschließen und die Förderkriterien zu erfüllen. Nach Auswertung des Berichtes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Stand der klinischen Krebsregistrierung in Deutschland und zu den Ergebnissen der Überprüfung der Förderkriterien gemäß Prognos-Gutachten vom Oktober 2018 sowie der Stellungnahme der Länder bei den Beratungen im Bundesrat im November 2018 erscheint es sachgerecht, die Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien durch klinische Krebsregister nicht nur um ein Jahr, sondern um zwei Jahre auf dann drei Jahre (bis Ende 2020) zu verlängern. Damit ist sichergestellt, dass die Länder den notwendigen Zeitrahmen erhalten, um die Etablierung flächendeckender klinischer Krebsregister zum Abschluss zu bringen, die die ihnen zugewiesenen Aufgaben nach § 65c Absatz 1 entsprechend den Vorgaben der Förderkriterien vollumfänglich erfüllen.

Zu Nummer 33 (§ 73)

Zu Buchstabe b

Mit den Änderungen, die nicht im bisherigen Gesetzentwurf enthalten sind, soll durchgängig im Fünften Buch Sozialgesetzbuch der Begriff „Kinderarzt“ durch die Bezeichnung „Kinder- und Jugendarzt“ ersetzt werden. Hierbei handelt sich lediglich um eine Änderung der Begrifflichkeit. Eine inhaltliche Änderung ist damit – insbesondere auch im Hinblick auf die Bedarfsplanung – nicht verbunden.

Zu Buchstabe c

Mit der Neufassung des Absatzes 1b werden die Regelungsteile, die bisher die datenschutzrechtlichen Befugnisse der Hausärzte und anderen behandelnden Leistungserbringer betrafen, herausgelöst und gestrichen. Für diese gelten die Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Danach kann die für die Behandlung eines Patienten erforderliche Verarbeitung von Behandlungsdaten auch durch mehrere an der Behandlung beteiligte Ärzte auf der Grundlage des § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b BDSG grundsätzlich ohne eine datenschutzrechtliche Einwilligung der Patienten erfolgen.

Erhalten bleiben diejenigen Regelungen, in denen vertragsärztliche Pflichten der Hausärzte und Leistungserbringer für eine koordinierende hausärztliche Betreuung begründet werden. Dies betrifft die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Datenübermittlung an den Hausarzt, die umgekehrte Verpflichtung des Hausarztes zur Übermittlung der erforderlichen Daten an die anderen behandelnden Leistungserbringer sowie die Übermittlung der Behandlungsunterlagen bei einem Hausarztwechsel. Das geregelte Zustimmungserfordernis der Versicherten ergibt sich nicht aus datenschutzrechtlichen Vorgaben, sondern ist Ausdruck der Souveränität der Versicherten,

sich für oder gegen eine Mitteilung von Behandlungsdaten im Rahmen der koordinierenden hausärztlichen Betreuung zu entscheiden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in § 35a.

Zu Buchstabe e

Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass die Besonderheiten, die sich aus der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ergeben, in den elektronischen Programmen hinterlegt werden, die die Ärzte für die Verordnung von Heilmitteln nutzen müssen.

Zu Buchstabe f

Mit der Änderung des § 73 wird Vertragsärzten vorgegeben, dass sie in bestimmten Fällen bei einer Verordnung von Heilmitteln dem Therapeuten die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten überlassen sollen. Voraussetzung für eine derartige Verordnung, die den Heilmittelerbringern eine erweiterte Versorgungsverantwortung zuweist, ist, dass die vom Arzt gestellte Diagnose zu den nach § 125a vereinbarten Indikationen zählt. Nur wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz entscheidet, ist von dieser im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung“ bezeichneten Versorgungsform abzusehen. Sobald der Vertrag nach § 125a rechtkräftig ist, sollen die Ärzte die „Blankoverordnung“ ab dem darauffolgenden Quartal ausstellen. Damit ausreichend Zeit bleibt, um die Details des Vertrages, insbesondere die vereinbarten Indikationen, in der Praxissoftware zu hinterlegen, ist eine Frist von mindestens sechs Wochen bis zum Beginn des nächsten Quartals erforderlich.

Zu Nummer 34 (§ 73b)

Zu Buchstabe c

Mit dem Änderungsantrag wird geregelt, dass im Falle der Kündigung eines Vertrages über die HzV durch die Krankenkasse die Regelungen des Vertrages vorläufig solange weitergelten, bis ein neuer Vertrag zu Stande gekommen ist.

Dadurch wird verhindert, dass der in Absatz 4 vorgesehene flächendeckende Abschluss von HzV-Verträgen im Fall einer Kündigung über einen unbestimmten Zeitraum unterlaufen wird. Zugleich stellt die Regelung entsprechend der gesetzlichen Intention, den Versicherten eine flächendeckende HzV anzubieten, sicher, dass die Versicherten diese Versorgungsform auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sich die Vertragsparteien nach einer Kündigung nicht rechtzeitig auf einen neuen Vertrag einigen können. Dadurch werden insbesondere auch die Versicherten dauerhaft geschützt, die sich für eine hausarztzentrierte Versorgung entschieden haben.

Diese Regelung kann nur für den Fall einer Kündigung durch eine Krankenkasse getroffen werden, da die Vertragspartner der Krankenkassen nicht zum Abschluss eines Vertrages verpflichtet sind.

Die Regelung gilt nicht für außerordentliche Kündigungen nach § 71 Absatz 6 Satz 3. Dies betrifft den Fall, dass durch den HzV-Vertrag das Recht erheblich verletzt wird und die Aufsichtsbehörde gegenüber der Krankenkasse anordnet, den Vertrag zu ändern oder aufzuheben. Gelingt in diesem Fall keine einvernehmliche Anpassung oder Beseitigung der als rechtswidrig beanstandeten Vertragsbestandteile, ist die Krankenkasse berechtigt, den Vertrag außerordentlich zu kündigen. In einer solchen Situation wäre es nicht hinnehmbar, die Vereinbarung bis zum Abschluss eines neuen Vertrages auf unbestimmte Zeit fortzuführen.

Auch wenn ein Vertrag aus anderen Gründen von der Krankenkasse (zum Beispiel ordentlich) gekündigt wurde, bleiben die Befugnisse der Aufsichtsbehörde nach § 71 Absatz 6 hinsichtlich des fortgeltenden Vertrages unberührt. Sie kann danach alle Anordnungen treffen, die für die sofortige Behebung einer erheblichen Rechtsverletzung erforderlich sind. So kann insbesondere die Vollziehung der rechtswidrigen Vertragsbestandteile untersagt werden.

Zu Nummer 36 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird ein bundesweit einheitlicher Standard für die Veröffentlichung von Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen normiert. Dadurch wird sichergestellt, dass sich die Versicherten im Bedarfsfall bundesweit einheitlich über Sprechstundenzeiten nahegelegener Arztpraxen informieren können.

Zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zählt auch die Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Zudem ist nach § 2a deren besonderen Belangen Rechnung zu tragen. Vor diesem Hintergrund wird die Informationspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen darauf ausgedehnt, die Versicherten über die Möglichkeiten des Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) zu informieren.

Mit Blick auf die den Terminservicestellen zusätzlich übertragenen Aufgaben, die damit einhergehenden notwendigen organisatorischen Maßnahmen und gegebenenfalls notwendige Ausschreibungsverfahren wird die bisher vorgesehene Umsetzungsfrist verlängert. Die Terminservicestellen haben nunmehr spätestens zum 1. Januar 2020 rund um die Uhr und unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer erreichbar zu sein.

Im Gesetzentwurf werden die Aufgaben der Terminservicestellen weiterentwickelt, um der sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ergebenden Verpflichtung einer angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung noch besser Rechnung tragen zu können. Mit der vorliegenden Änderung wird nunmehr zusätzlich explizit geregelt, dass die Terminservicestellen auch mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren können. Eine vergleichbare Kooperationsmöglichkeit mit den Rettungsleitstellen der Länder sieht Absatz 1b Satz 6 auch schon für die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Organisation des Notdienstes vor.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Fristverschiebung unter Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe gg

Der neu gefasste Gesetzesbefehl übernimmt zunächst den im Gesetzentwurf bereits enthaltenen Gesetzesbefehl zur Verweisanpassung und ergänzt diesen entsprechend eines Vorschlags des Bundesrates um eine Klarstellung zur Vermittlung von Terminen für termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder. Hintergrund ist, dass im Bereich der kinderärztlichen Versorgung insbesondere die termingebundenen Vorsorgeuntersuchungen von erheblicher Bedeutung für Kinder und Eltern sind (sog. U1 bis U9). Ziel dieser Gesundheitsuntersuchungen für Kinder ist es, festzustellen, ob ein Kind sich gesund und altersgerecht entwickelt. Dadurch können Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkannt und rechtzeitig behandelt werden. Da die Untersuchungsinhalte und -methoden eng auf das Kindesalter abgestimmt sind, hat der Gemeinsame Bundesaus-schuss in der Kinder-Richtlinie verbindliche Untersuchungszeiträume einschließlich definierter Toleranzgrenzen festgelegt. Die Untersuchungen können daher nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Um hier keine Rechtsunsicherheit aufkommen zu lassen, stellt die vorliegende Änderung daher klar, dass es sich bei diesen Untersuchungen nicht um verschiebbare Routineuntersuchungen handelt und somit die von den Terminservicestellen vorzunehmende zeitnahe Terminvermittlung mit einer Wartezeit von maximal vier Wochen auch für termingebundene Kindervorsorgeuntersuchungen gilt.

Zu Doppelbuchstabe ll

Zusätzlich zu der bereits im Gesetzestext enthaltenen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement zu unterstützen, wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung nunmehr zusätzlich verpflichtet, auch ein Angebot für eine Struktur zu einem elektronisch gestützten Dispositionsmanagement bereitzustellen. Ergänzend wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen. In der ursprünglichen Fassung fehlte am Ende vor dem Wort „können“ das Wort „zu“.

Zu den Doppelbuchstaben mm und nn

Mit dem neu eingefügten Satz wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eröffnet, zur Unterstützung der Terminservicestellen bei der Erfüllung ihrer in Satz 3 aufgeführten Aufgaben ergänzend zu den digitalen Angeboten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch eigene digitale Angebote bereitzustellen.

Zu Doppelbuchstabe oo

Mit dem neu angefügten letzten Satz in Absatz 1a werden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet, der Terminservicestelle ihre freien Termine zu melden. Eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle kann nur dann ihre volle Effizienz entfalten, wenn die Terminservicestelle auch zeitnah und aktuell die freien Termine erfährt. Deshalb wird eine entsprechende Verpflichtung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gesetzlich geregelt. Durch die in den Terminservicestellen zum Einsatz kommenden elektronischen Programme wird den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ermöglicht, die Terminservicestellen über ihre jeweiligen aktuellen Kapazitäten in Kenntnis zu setzen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Dreifachbuchstabe ccc

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Bereits im Gesetzentwurf sah die neue Nummer 5 vor, dass in Umsetzung der neuen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung künftig Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen sind. Im Hinblick darauf, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung nunmehr auch verpflichtet wird, die Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzlich durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Dispositionsmanagement zu unterstützen, ist auch die Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend zu erweitern und auf das einheitliche, elektronisch gestützte Dispositionsmanagement zu erstrecken. Die Erweiterung der Richtlinienkompetenz dient einer einheitlichen und verbindlichen Umsetzung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Nummer 37 (§ 75a)

Zu Buchstabe a

Die Änderungen in Absatz 4 wurden unverändert aus dem Gesetzentwurf übernommen.

Zu Buchstabe b

Mit der neuen Ergänzung des Absatzes 7 wird das Anliegen aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt und eine finanzielle Förderung für die Qualifizierung von Weiterbildern durch die regionalen Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin vorgesehen. Die Qualifizierung von Weiterbildern wird nunmehr explizit als Förderzweck genannt.

Zu Buchstabe c

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) wurde die Förderung der Weiterbildung grundlegend reformiert und auch für grundversorgende Fachärzte eine Weiterbildungsförderung eingeführt. Es wurde gesetzlich vorgegeben, dass bundesweit 1 000 Stellen zu fördern sind. Um auch im Bereich der grundversorgenden Fachgebiete die Bereitschaft zur Niederlassung zu fördern und eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zu gewinnen, wird die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung von 1 000 auf 2 000 verdoppelt. Darüber hinaus wird explizit geregelt, dass auch eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorzusehen ist. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass auch zukünftig eine flächendeckende Versorgung durch Ärztinnen und Ärzten der Fachgebiete sichergestellt wird, für die es einen besonderen Bedarf gibt.

Zu Nummer 38 (§ 76)

Nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 sind die Terminservicestellen künftig auch verpflichtet, in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Dabei haben sie die Versicherten auf der Grundlage eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu entwickelnden bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene zu vermitteln.

Bei dem nunmehr angefügten Halbsatz handelt es sich um eine Folgeregelung hierzu. Kommt die Terminservicestelle im Rahmen ihres Ersteinschätzungsverfahren zu dem Ergebnis, dass Versicherte in eine Notfallambulanz vermittelt werden müssen, stellt der neue Halbsatz klar, dass die ambulante Versorgung in diesen Fällen auch durch zugelassene Krankenhäuser erfolgen kann, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Im Übrigen übernimmt der neu gefasste Änderungsbefehl die bereits vorgesehene Verweisänderung.

Zu Nummer 40 (§ 79)

Zu Buchstabe a

Die Ehrenamtlichkeit der Tätigkeit der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen ist – anders als beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen, beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und beim Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 217b Absatz 1 Satz 3, § 282 Absatz 2b Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 8, 9 und 15) – im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Sie wurde bisher ausschließlich satzungsrechtlich festgelegt. Es besteht jedoch kein Grund für die Ungleichbehandlung unter den Selbstverwaltungsorganen im Gesundheitswesen, sodass der Verweis auf § 40 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) eine gesetzliche Klarstellung der bisher gelebten Praxis der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen darstellt. § 40 SGB IV regelt, dass die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausüben.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches. Dort soll künftig geregelt sein, dass sich die Bedeutung der Körperschaft nach der Anzahl der Versicherten bemisst. Diese Konkretisierung lässt sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht übertragen. Deren Bedeutung hängt vielmehr im Wesentlichen von der Zahl ihrer Mitglieder im Sinne des § 77 Absatz 3 ab.

Zu Nummer 41 (§ 81a)

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten zuständig sind. Es handelt sich um eine bloße Klarstellung, da die entsprechende Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits aus der allgemeinen Übermittlungsvorschrift des § 285 Absatz 3a Nummer 1 folgt.

Zu Nummer 41a (§ 84)

Nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit Absatz 5 sind Daten zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens im Heilmittelbereich zu erheben. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 32 zu erstellen und diese als Schnellinformationen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Sie dienen insbesondere der Übersicht über die Ausgabenentwicklung im Vergleich zu den Gesamtausgaben. Die hierfür erforderlichen Daten werden arztbezogen erfasst. Diese Schnellinformationen sollen durch § 125a Absatz 4 um Berichte im Hinblick auf die Versorgungsform der sogenannten „Blankoverordnung“ und um Richtwerte zur Versorgungsgestaltung ergänzt werden. Bei dieser Versorgungsform enthalten die Verordnungen keine Angaben zu der gewählten Maßnahmen und der Anzahl der Behandlungseinheiten. Damit die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung und die Behandlungsfrequenz erhoben werden können, ist die Zusammenführung dieser Daten je Versicherten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten zusammengeführt werden können. Dies macht die Datenübermittlung in Bezug auf die Versicherten in pseudonymisierter Form erforderlich, für den Arztbezug ist dies nicht notwendig. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung zu regeln.

Zu Nummer 43 (§ 87)

Zu Buchstabe b

Im Gesetzentwurf wird klargestellt, dass die Krankenkassen anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eine Prüfung der Leistungspflicht auch im Wege des bundesmantelvertraglich geregelten Gutachterverfahrens durchführen lassen können. Durch die Ergänzung des Gesetzbefehls wird eine entsprechende Ermächtigung auch den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene eingeräumt. Dies deshalb, weil die Gutachter (mit Ausnahme des Bereichs Implantologie) und die Zahnersatz-Obergutachter auf Landesebene im Einvernehmen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt werden und die Bestellung erforderlichenfalls auch nur von diesen widerrufen werden kann.

Zu Buchstabe d

Mit den Änderungen in den Nummern 1 bis 3 wird geregelt, dass Hausärztinnen und Hausärzte bei schneller Behandlungsübernahme nach Vermittlung durch die Terminservicestelle zusätzlich zur im Gesetzentwurf vorgesehenen extrabudgetären Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall nach der Länge der Wartezeit gestaffelte Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen abrechnen können. Mit den Zuschlägen wird durch den finanziellen Anreiz auch das Angebot für zeitnahe Behandlungstermine bei der Terminservicestelle erhöht, die an die Patientinnen und Patienten vermittelt werden können. Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 werden auch diese Zuschläge extrabudgetär vergütet. Diese Vergütungsregelungen gelten gemäß § 120 auch für die notwendige Behandlung durch Krankenhäuser.

Der Zuschlag nach Nummer 4 für die erfolgreiche Vermittlung durch den Hausarzt ist bereits Gegenstand des Gesetzentwurfs. Dieser Zuschlag wird zur Stärkung der hausärztlichen Koordination von 5 Euro auf 10 Euro erhöht.

Vor dem Hintergrund der neu in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorgesehenen extrabudgetären Vergütung von Leistungen im Behandlungsfall bei Neupatientinnen und Neupatienten wird der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Zuschlag für Neupatientinnen und Neupatienten in Höhe von 25 Prozent auf die jeweilige Versichertenpauschale gestrichen.

Zu Buchstabe e

Mit den Änderungen wird geregelt, dass Fachärztinnen und Fachärzte bei schneller Behandlungsübernahme nach Vermittlung durch die Terminservicestelle zusätzlich zur im Gesetzentwurf vorgesehenen extrabudgetären Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall nach der Länge der Wartezeit gestaffelte Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen abrechnen können. Mit den Zuschlägen wird durch den finanziellen Anreiz auch das Angebot für zeitnahe Behandlungstermine bei der Terminservicestelle erhöht, die an die Patientinnen und Patienten vermittelt werden können. Nach der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 werden auch diese Zuschläge extrabudgetär vergütet. Diese Vergütungsregelungen gelten gemäß § 120 auch für die notwendige Behandlung durch Krankenhäuser.

Vor dem Hintergrund der in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorgesehenen extrabudgetären Vergütung von Leistungen im Behandlungsfall bei Neupatientinnen und Neupatienten wird der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Zuschlag für Neupatientinnen und Neupatienten in Höhe von mindestens 25 Prozent auf die jeweilige Grundpauschale gestrichen.

Gestrichen wird vor dem Hintergrund der neu in § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 vorgesehenen Regelung auch der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Zuschlag für offene Sprechstunden.

Zudem ergeben sich Folgeänderungen aufgrund der Streichungen.

Zu Nummer 44 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Zur weiteren Verbesserung und Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung und zum Abbau von Wartezeiten werden beim ersten oder nach zwei Jahren erneuten Bedarf eines Arztkontakts alle ärztlichen Leistungen im Behandlungsfall für Neupatientinnen und Neupatienten statt des im Gesetzentwurf vorgesehenen

extrabudgetären Zuschlags von mindestens 25 Prozent auf die jeweilige Versicherten- und Grundpauschale extrabudgetär und damit im gesamten Kalendervierteljahr vollumfänglich vergütet. Dies gilt wie bislang im Gesetzentwurf für Ärztinnen und Ärzte, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen. Dies umfasst somit Hausärzte und die entsprechenden Facharztgruppen, die unmittelbar Patientinnen und Patienten medizinisch versorgen (zum Beispiel Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkten Rheumatologie oder Kardiologie).

Im Sinne einer einheitlichen Regelung werden analog auch alle ärztlichen Leistungen im Behandlungsfall für Patienten, die in der offenen Sprechstunde untersucht und behandelt wurden, statt des im Gesetzentwurf vorgesehenen extrabudgetären Zuschlags von mindestens 15 Prozent auf die jeweilige Grundpauschale, vollumfänglich vergütet.

Mit dieser Regelung werden zudem die bisherigen Voraussetzungen, die für die Zuschläge zur Vergütung der offenen Sprechstunde galten – mit Ausnahme des Überweisungsvorbehaltes – auch auf die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung übertragen. Die Vergütung ist dabei weiterhin auf einen Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe cc

Wie bislang im Gesetzentwurf vorgesehen hat der Bewertungsausschuss Vorgaben zu beschließen, bei welchen Arztgruppen, die der grundversorgenden oder unmittelbaren wohnortnahen Patientenversorgung angehören, eine Vergütung nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorzusehen ist.

Zu Nummer 48 (§§ 89, 89a)

Zu § 89

Es handelt sich um Änderungen hinsichtlich des Anrufungs- und Sitzungsteilnahmerechts des Bundesversicherungsamts in den Schiedsgremien sowie Verweiskorrekturen in den Absätzen 12 und 13.

Zu Absatz 3

Nach der bislang im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung kann die für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde das Schiedsverfahren im Wege der ersatzweisen Antragstellung einleiten, wenn ein für die Einleitung des Schiedsverfahrens erforderlicher Antrag nach Ablauf einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht gestellt wird. Mit der Änderung wird das ersatzweise Anrufungsrecht auch dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen eingeräumt, um ein Schiedsverfahren auch dann in Gang setzen zu können, wenn die Antragstellung weder durch die Vertragsparteien noch durch die Landesbehörden vorgenommen wird.

Zu Absatz 10

Die Änderung bewirkt ein Sitzungsteilnahmerecht des Bundesversicherungsamts in den Fällen, in denen die Entscheidungen der Schiedsämter dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind. Zusätzlich zu der in Satz 6 geregelten Vorlagepflicht wird dem Bundesversicherungsamt hierdurch die Möglichkeit eröffnet, bereits im Rahmen der Verhandlungen in den Schiedsämtern auf eine gesetzeskonforme Schiedsamtsentscheidung hinzuwirken.

Zu Absatz 12

Die Änderung dient der Korrektur eines redaktionellen Versehens. Absatz 5 Satz 4 bis 7 enthält Regelungen zur Bestellung der Mitglieder und Stellvertreter der Landesschiedsämter und der Bundesschiedsämter sowie zur Amtsdauer der Mitglieder und zur Anzahl der Stellvertreter. Diese Regelungen werden auf das Bundesschiedsamt nach Absatz 12 übertragen, da anderenfalls eine Regelungslücke entstünde.

Zu Absatz 13

Aus den unter Doppelbuchstabe cc genannten Gründen sind die Regelungen des Absatzes 5 Satz 4 bis 7 auch auf die Landesschiedsämter nach Absatz 13 zu übertragen. Zudem ist ein bislang in Absatz 13 nicht enthaltener Verweis auf die Regelung des Absatzes 10 Satz 1 und 2 erforderlich, wonach die Landesschiedsämter der Aufsicht

durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder unterstehen. In diesem Zusammenhang ist auch der Verweis auf Absatz 10 Satz 3, der die Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Bundesschiedsämter regelt, zu streichen. Schließlich erfolgt ein Verweis auf die Schiedsamtsverordnung nach Absatz 11, um klarzustellen, dass diese auch für den Bereich der Landesschiedsämter nach Absatz 13 gilt.

Zu § 89a

Mit den Änderungen wird das ersatzweise Anrufungsrecht des Bundesversicherungsamts zur Einleitung des Verfahrens in den Schiedsämtern auf die Regelung zu den sektorenübergreifenden Schiedsgremien übertragen. Gleiches gilt für das ersatzweise Sitzungsteilnahmerecht des Bundesversicherungsamts in den Verhandlungen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien.

Zu Nummer 49 (§ 90)

Mit der Änderung wird das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen um ein allgemeines Antragsrecht ergänzt. Ziel der Regelung ist, dass die Länder versorgungsrelevante Erkenntnisse in den Landesausschüssen bestmöglich zur Geltung bringen können, indem sie Beratungsgegenstände auf eigene Initiative auf die Tagesordnung setzen lassen. Landesbehörden verfügen häufig nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebieten. Ihnen sind darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen. Entsprechende Erkenntnisse können etwa für die Prüfung, ob in nicht unterversorgten Planungsbereichen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (§ 100 Absatz 3), nutzbar gemacht werden, um eine Prüfung der örtlichen Versorgungslage (§ 35 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 20.12.2012 BAnz AT 31.12.2012 B7, zuletzt geändert am 18.10.2018, BAnz AT 16.01.2019 B4, in Kraft getreten am: 17.01.2019) im Landesausschuss anzustoßen.

Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrates. Bislang beinhaltet der Gesetzesentwurf ein Antragsrecht der Länder in den Landesausschüssen lediglich hinsichtlich der Ausnahme von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten von bestehenden Zulassungsbeschränkungen.

Zu Nummer 51 (§ 92)

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu machen. Die orientierende Behandlungsmenge ersetzt die bisherige indikationsbezogene Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls, jedoch resultiert aus der orientierenden Behandlungsmenge kein Erfordernis für eine Unterscheidung, wie es bisher für die Verordnungen innerhalb des Regelfalls und den Verordnungen außerhalb des Regelfalls erforderlich war. Die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung entspricht der bisherigen Verordnungsmenge je Diagnose.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Da eine „Blankoverordnung“ nicht mehr alle Angaben enthalten kann, die eine Verordnung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in ihrer bisherigen Fassung enthalten

muss, hat der Gemeinsame Bundeausschuss zu regeln, auf welche Angaben bei der „Blankoverordnung“ verzichtet werden können.

Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesauschuss die Gültigkeitsdauer der „Blankoverordnung“ festzulegen, damit nicht über diesen Umweg die Diagnosen für einen langfristigen Heilmittelbedarf ausgeweitet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Einfügung des Wortes „Gemeinsamen“ wird die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch durchgängig verwendete Bezeichnung des Gemeinsamen Bundesausschusses auch in Absatz 6 Satz 2 verwendet.

Zu Buchstabe c

Die bisherige Regelung im Gesetzentwurf wird gestrichen. Es wird zeitnah eine alternative Regelung in einem anderen Gesetzgebungsverfahren angestrebt.

Bei der verbliebenen Änderung in § 92 Absatz 6a Satz 3 handelt es sich lediglich um die redaktionelle Bereinigung einer erledigten Fristvorgabe.

Zu Buchstabe d

Der Verweis muss aufgrund der in § 127 vorgenommenen Umstellung der dortigen Absätze angepasst werden.

Zu den Buchstaben e und f

Durch die Änderungen in § 92 Absatz 7e und 7f werden den Ländern künftig in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretungen eingeräumt. Dies betrifft die Ausweitung der Mitberatungsgegenstände im Bereich der Qualitätssicherung auch auf solche Regelungen, die nicht für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind, die Gewährung eines förmlichen Antragsrechts in Bezug auf die Regelungen zur Bedarfsplanung und zur Qualitätssicherung sowie die Einführung eines Einvernehmenserfordernisses für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in den Unterausschüssen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung des G-BA.

Durch die Änderungen in § 92 Absatz 7e wird den Ländern künftig in den Beratungen des G-BA zu Richtlinien über die Bedarfsplanung neben dem bereits bestehenden Mitberatungsrecht auch ein Antragsrecht eingeräumt. Zudem wird ein Einvernehmenserfordernis für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in dem Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA eingeführt.

Durch die Änderung in § 92 Absatz 7f wird den Ländern künftig in den Beratungen des G-BA zu Richtlinien über die Qualitätssicherung und bei Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c neben dem bereits bestehenden Mitberatungsrecht auch ein Antragsrecht eingeräumt. Das Antrags- und Mitberatungsrecht bezieht sich auch auf solche Regelungen, die nicht für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind. Zudem wird ein Einvernehmenserfordernis für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eingeführt.

Zu Nummer 51a (§ 92b)

Es handelt sich bei der Änderung in § 92b Absatz 1 Satz 1 um die redaktionelle Bereinigung einer obsoleten Fristvorgabe.

Zu Nummer 51b (§ 94)

Die Frist für die aufsichtsrechtliche Prüfung von Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 wird auf vier Wochen verkürzt. Auf die Begründung zu Nummer 8b Buchstabe b Doppelbuchstabe cc wird verwiesen.

Zu Nummer 52 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung, die einem Antrag des Bundesrates Rechnung trägt, wird die Möglichkeit für von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannte Praxisnetze erweitert, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Dies

soll nicht nur – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – bei eingetretener oder in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung, sondern unabhängig von dieser Voraussetzung möglich sein. Es handelt sich dabei um ein zusätzliches Mittel, um die Sicherstellung der Versorgung, insbesondere auch in ländlichen Gebieten, zu verbessern. Im Übrigen wird der bisherige Gesetzesbefehl übernommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dieser Änderung wird nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern nunmehr auch ausdrücklich im Gesetz klargestellt, dass der notwendige Fachbezug auch dann zu bejahen ist, wenn in medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet werden, auch ärztliche Leistungen zur Versorgung von nephrologischen Patienten erbracht werden sollen, die über rein nephrologische Leistungen hinausgehen. Um eine Behandlung des komplexen Versorgungsbedarfs zu ermöglichen, sollen daher auch mit einer Dialyse zusammenhängende ärztliche Leistungen zur Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen abgedeckt werden können. Zulässig sind beispielsweise hausärztliche, internistische, urologische, kardiologische und radiologische Leistungen. Dies trägt zu einer umfassenden fachübergreifenden Versorgung bei, innerhalb derer sämtliche fachbezogenen Versorgungsbereiche abgedeckt wer-den können. Die Regelung bezieht sich dabei lediglich auf die Gründungsbefugnis und enthält keine Einschränkung auf die Behandlung bestimmter Patientengruppen.

Zu den Buchstaben b und c

Ziel der Regelung ist der Erhalt der Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung und die Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz durch medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Trägerschaft weniger Krankenhäuser. Hintergrund sind bereits bestehende Konzentrationsprozesse im vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich, denen rechtzeitig entgegengewirkt werden soll. Für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt es deshalb, die Vielfalt der vertragszahnärztlichen Leistungserbringer zukunftssicher zu erhalten. Diese Vielfalt trägt maßgeblich dazu bei, eine zukunftssichere, flächendeckende zahnmedizinische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Mit der Änderung wird ein Anliegen des Bundesrates aufgegriffen, Konzentrationsprozessen, die für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädlich sind, wirksam zu begegnen.

Die Geschäftsaktivität von Private-Equity-Gesellschaften auf dem deutschen Gesundheitsmarkt hat vor allem in den vergangenen eineinhalb Jahren stark zugenommen. Dies hat eine intensive öffentliche Diskussion zu den Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und auf die mit der zunehmenden Marktmacht verbundene Einschränkung der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten sowie auf die Versorgungssicherheit, auf die Unabhängigkeit und die Weisungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte ausgelöst. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung bereits im Rahmen der Antwort auf die Kleine Anfrage BT-Drs. 19/4926 erklärt, die Entwicklungen der Übernahme von MVZ durch Finanzinvestoren zu beobachten und zu prüfen, inwieweit es weiterer Maßnahmen bedarf (vgl. BT-Drs. 19/5386).

Insbesondere nach der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) eingeführten Möglichkeit zur Bildung fachgruppengleicher medizinischer Versorgungszentren war einen deutlicher Aufwärtstrend bei der Gründung zahnmedizinischer Versorgungszentren und der Verbindung zu sogenannten Zahnmedizin-Ketten zu beobachten. Es besteht die wissenschaftlich begründete Erwartung, dass sich die Zahl der MVZ im Eigentum von Beteiligungsgesellschaften bei dem gegenwärtigen Wachstumstempo der Zahnarztketten in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften bei ungehinderter Fortentwicklung in naher Zukunft weiter massiv erhöhen wird. So sind von den derzeit mindestens sieben zahnmedizinischen Unternehmensketten drei Unternehmensgruppen allein im Jahr 2018 dem Markt beigetreten (zu alledem vgl. Scheuplein, Ch., Evans, M., Merkel, S. (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitswesen: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Discussion Paper 19/01, Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule; ausgehend von zehn Unternehmensgruppen KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren, Stand 18. Dezember 2018). Auch nach den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vorgenommenen Auswertungen ist die Anzahl der vertragszahnärztlichen MVZ in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften allein im Zeitraum vom 30. September 2017 bis 30. September 2018 um knapp 79 Prozent gestiegen. Damit ist der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung von bestehenden Übernahmeprozessen besonders stark betroffen. Diese Erkenntnis entspricht aktuellen Mitteilungen aus der Praxis der Wirtschaftsberatung sowie den Zielformulierungen der Kapitalgeber, die im deutschen Dentalmarkt ein vielversprechendes Investitionsumfeld erkennen. Nach bisherigen Einschätzungen ist dies vor allem auf den niedrigen Regulierungsgrad im vertragszahnärztlichen Bereich, hohe Selbstzahlerleistungen, besonders gewinnbringende Leistungsbereiche (z. B.

Implantologie) und die Möglichkeit zum Aufbau eigener Dentallabore zurückzuführen. Eine vergleichbare Sachlage besteht im vertragsärztlichen Bereich nicht, unter anderem, weil die Ausweitung von Marktanteilen hier bereits durch die gesetzlich vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen (§§ 101, 103) begrenzt wird.

Mit dem Ziel der Erreichung nennenswerter Marktanteile verfolgen sämtliche Private-Equity-Zahnarztketten ihre auf kurzfristige Gewinne angelegten Geschäftsmodelle (buy and build, exit) bislang hauptsächlich über den Erwerb von Krankenhäusern als Träger für den Kauf von MVZ, die nur im Ausnahmefall einen fachlichen Bezug zur Zahnmedizin haben. Dabei werden Zahnarzt-MVZ überwiegend in Großstädten und Ballungsräumen gegründet.

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist die Gründung eines MVZ lediglich für einen begrenzten Kreis von Leistungserbringern möglich, zu dem auch die zugelassenen Krankenhäuser zählen. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat der Gesetzgeber die unternehmerische Betätigung von Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung begrenzt, indem er die Berechtigung zur Gründung von MVZ für solche Leistungserbringer ausgeschlossen hat, die von Investoren allein mit dem Ziel aufgekauft worden waren, die Gründungsvoraussetzungen für MVZ zu erfüllen (vgl. Begründung zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, BT Dr. 17/6906, Seite 70). Die aktuelle Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zeigt, dass dieses gesetzgeberische Anliegen bislang nur unvollkommen umgesetzt ist, weil für Private-Equity-Gesellschaften nach wie vor die Möglichkeit besteht, durch den Erwerb zugelassener Krankenhäuser eine MVZ-Gründungsberechtigung zu erhalten.

Aufgrund der rein renditeorientierten Motivation von Private-Equity-Gesellschaften besteht die begründete Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von versorgungsfernen Zielvorgaben stärker beeinflusst werden. Insoweit zeigt auch die Analyse des Abrechnungsverhaltens in sog. Investor-MVZ deutliche Hinweise auf eine renditeorientierte Leistungserbringung, die bei der rückläufigen Entwicklung der Morbidität im zahnmedizinischen Bereich nicht erklärbar und auch mit dem Abrechnungsverhalten sonstiger Leistungserbringer nicht in Einklang zu bringen ist. So lagen etwa im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung die abgerechneten Punktmengen je Fall im Abrechnungszeitraum 1. Januar 2017 bis 30. Juni 2018 nach den Abrechnungs-analysen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bei den Investor-MVZ (121,77) weit über den Punkt-mengen der Einzelpraxen (86,20). Selbst gegenüber den Berufsausübungsgemeinschaften (90,93) und den nicht-investorgesteuerten MVZ (107,77) waren die Punktmengen der Investor-MVZ deutlich erhöht. Auch im Bereich der Zahnersatzleistungen lag das zahnärztliche Honorar je Fall in dem genannten Abrechnungszeitraum in den Investor-MVZ (435,99) deutlich höher als das Honorar von Einzelpraxen (290,67) und abermals deutlich über dem Honorar der Berufsausübungsgemeinschaften (299,06) und der nicht-investorgesteuerten MVZ (385,74).

Die hieraus abzuleitenden Hinweise auf eine Über- und Fehlversorgung in Investor-MVZ werden bestätigt durch Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, wo die investorgesteuerten Zahnarztketten zum Teil bereits große Anteile an der zahnärztlichen Versorgung halten. In diesem Zusammenhang hat der Council of European Dentists jüngst vor einer Kommerzialisierung zahnärztlicher Leistungen gewarnt und dabei insbesondere die von Finanzinvestoren betriebenen Zahnarztketten kritisiert. Nach seiner Auffassung sind mit dem Geschäfts-modell der Investoren erhebliche Gefahren für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten sowie für die Beschäftigten verbunden. Zu beobachten seien unethische Praktiken und unzulässiger Druck auf Zahnärzte, bestimmte klinische Ziele zu erreichen, z. B. Quoten für eingesetzte Implantate (Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018).

Vor diesem Hintergrund wird die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern in Abhängigkeit von den regionalen Versorgungsbedürfnissen auf differenzierte Versorgungsanteile beschränkt, um die in § 95 Absatz 1a vorgesehene Vielfalt der gründungsberechtigten Leistungserbringer zu erhalten und die bestehenden Übernahmeprozesse durch Beteiligungsgesellschaften ohne originäres Versorgungsinteresse zu begrenzen.

Regelungsalternativen zur gleichwertigen Erreichung der genannten Regelungsziele (Verhinderung wettbewerbsfeindlicher Anbieterdominanz, ausgewogene und flächendeckende Versorgung, Verhinderung großflächiger Fehlversorgung) sind nicht ersichtlich. Insbesondere gegenüber einem vollständigen Ausschluss der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser erweist sich die Einschränkung der Gründungsbefugnis bei gleichzeitiger Berücksichtigung bestehender Versorgungsbedürfnisse als milderes Mittel. Eine Koppelung der Zulassung an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten Leistungsspektrums zur Vermeidung der Einengung des Versorgungsangebots auf besonders lukrative Leistungen wäre nicht sachgerecht, da nach geltender Rechtslage bereits

aus der Zulassung eines Vertragszahnarztes folgt, dass er die für die vertragszahnärztliche Versorgung wesentlichen Leistungen auch tatsächlich anbieten und erbringen muss. Schließlich erweist sich die hier vorgesehene Regelung insbesondere auch als milderes Mittel gegenüber einer Wiedereinführung umfassender Zulassungsbeschränkungen.

Die Neuregelung in § 95 Absatz 1b Satz 1 sieht vor, dass die Gründung eines zahnärztlichen MVZ für zugelassene Krankenhäuser nur möglich ist, sofern das Krankenhaus durch von ihm gegründete zahnärztliche MVZ einschließlich des MVZ, dessen Gründung beabsichtigt ist, in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen MVZ beabsichtigt ist, nicht einen Versorgungsanteil von über 10 Prozent der vertragszahnärztlichen Versorgung (Vertragszahnärzte und angestellten Zahnärzte in Vollzeitäquivalenten) hält. Diese Festlegung entspricht vorliegenden Schätzungen, nach denen der Marktanteil von Investoren-MVZ an der zahnärztlichen Versorgung durch MVZ bei etwa zehn bis zwölf Prozent (vgl. Scheuplein, Evans, Merkel, aaO; hierzu auch KZBV, aaO) liegt. Um den Versorgungsbedürfnissen vor allem in Planungsbereiche mit niedrigen Einwohnerzahlen gerecht werden zu können, gilt in Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, für Krankenhäuser eine Mindestgründungsberechtigung für zahnärztliche MVZ mit insgesamt fünf Vertragszahnarztsitzen beziehungsweise Anstellungen (in Vollzeitäquivalenten). Hierdurch wird gewährleistet, dass gerade auch in diesen nicht optimal versorgten Planungsbereichen wirtschaftlich tragfähige MVZ-Strukturen möglich sind.

Die Beschränkung der MVZ-Gründungsbefugnis allein für Krankenhäuser trägt dem Umstand Rechnung, dass sich Private-Equity-Gesellschaften den Zutritt zur vertragszahnärztlichen MVZ-Versorgung ausschließlich über den Erwerb von zugelassenen Krankenhäusern verschaffen. Insoweit ist von einer typisierenden Betrachtungsweise auszugehen, da jedes Krankenhaus ein potentielles Erwerbsobjekt darstellt. Das Regelungsziel könnte mit einer Beschränkung auf Krankenhäuser, an denen Private Equity Gesellschaften beteiligt sind, wegen der damit verbundenen Umgehungsmöglichkeiten nicht erreicht werden. So könnten die zu erwerbenden Krankenhäuser im Rahmen vertraglicher Vorfeldvereinbarungen zur Übernahme durch eine Private Equity Gesellschaft unmittelbar vor dem Vollzug der Übernahme ein zahnärztliches MVZ gründen, weil sie bis dahin von der Einschränkung der Gründungsbefugnis nicht betroffen wären. Darüber hinaus wäre die Identifizierung der jeweiligen Anteilsinhaberstrukturen für die Zulassungsausschüsse allenfalls durch aufwändige Nachforschungen in den Handelsregistern möglich. Aufgrund der Komplexität der gesellschaftsrechtlichen Beteiligungsverhältnisse wäre dies im Rahmen eines zumutbaren Verwaltungsaufwands nicht zuverlässig durchführbar. Demgegenüber erweist sich die Begrenzung der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser als zumutbare Einschränkung, weil die Gründung von MVZ weiterhin in allen Planungsbereichen möglich bleibt, in denen der Höchstversorgungsanteil des jeweiligen Krankenhauses nicht überschritten ist.

Abweichend davon gilt in Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, dass in diesen Planungsbereichen ein Krankenhaus zur Gründung zahnärztlicher MVZ berechtigt ist, sofern der Versorgungsanteil der von ihm gegründeten zahnärztlichen MVZ einschließlich des MVZ, dessen Gründung beabsichtigt ist, einen Versorgungsanteil von 20 Prozent der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht überschreitet. Die Erhöhung des zulässigen Höchstversorgungsanteils auf 20 Prozent dient der Verbesserung der Versorgung für den Fall, dass sich in einem Planungsbereich etwa aufgrund einer deutlichen Verminderung der Zahl der zugelassenen und angestellten Zahnärzte ein gesteigerter Versorgungsbedarf ergibt. In diesem Fall ist eine Erhöhung der Versorgungsanteile des Krankenhauses zur Sicherstellung der Versorgung ausnahmsweise gerechtfertigt.

In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als zehn Prozent überschritten ist, sind Krankenhäuser zur Gründung zahnärztlicher MVZ nur berechtigt, sofern der Versorgungsanteil durch von diesem Krankenhaus gegründete zahnärztliche MVZ einschließlich des MVZ, dessen Gründung beabsichtigt ist, 5 Prozent nicht überschreitet. Die Absenkung des Höchstversorgungsanteils auf 5 Prozent entspricht dem in überversorgten Planungsbereichen reduzierten Versorgungsbedürfnis. Gemäß § 101 Absatz 1 Satz 3 ist Überversorgung anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 Prozent überschritten ist. Insbesondere in diesen überversorgten Planungsbereichen entfaltet die Regelung eine Steuerungsfunktion für eine ausgewogene und flächendeckende Versorgung. Erwartet wird, dass hinzukommende Investoren ihre unternehmerische Betätigung infolge der Begrenzung ihrer Marktanteile auf 5 Prozent auf weniger gut versorgte Planungsbereiche verlagern werden.

Satz 4 bestimmt, wie der Versorgungsanteil durch von dem Krankenhaus bereits gegründete zahnärztliche MVZ in dem Planungsbereich zu ermitteln ist. Maßgeblich sind der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad sowie der Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Ausgehend von den Verhältniszahlen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Zahnärzte) zuletzt geändert am 16. Juni 2016 veröffentlicht in Bundesanzeiger AT 06.9.2016 B2) ist der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad mit den tatsächlichen Arztzahlen zu vergleichen, um feststellen zu können, ob der Versorgungsgrad über 110 Prozent oder unter 50 Prozent liegt. Hieran schließt sich die Festlegung des zulässigen Höchstversorgungsanteils an, wobei auf die in den Bedarfsplänen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgewiesenen Arztzahlen (Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte) bei einem Versorgungsgrad von 100 Prozent abzustellen ist (Soll-Zahlen). Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen bereits heute gemäß § 4 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte Übersichten über den Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres jeweils bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Zur Herstellung der erforderlichen Transparenz wird nun gesetzlich in den Sätzen 5 und 6 geregelt, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen haben und diese in geeigneter Weise in ihren amtlichen Mitteilungsblättern zu veröffentlichen haben. Für den Zeitraum ab dem Inkrafttreten der Regelung bis zur Veröffentlichung der Daten zum Stand 31. Dezember 2018 am 30. Juni 2019 gelten die Daten über den Stand zum 31. Dezember 2017, die zum 30. Juni 2018 erstellt wurden.

Mit der Regelung in Satz 7 wird klargestellt, dass die Begrenzung der Versorgungsanteile der durch das Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen MVZ auch für die Erweiterung bereits bestehender zahnärztlicher MVZ eines Krankenhauses gilt. Sofern keine Erweiterung erfolgt, haben die Regelungen keine Auswirkung auf bereits bestehende zahnärztliche MVZ. Die Nachbesetzung von Vertragszahnarztsitzen oder Anstellungen im Rahmen bereits bestehender Versorgungsanteile bleibt weiterhin möglich. Eine Berechtigung zur Gründung eines zahnärztlichen MVZ fällt nicht rückwirkend weg.

Zu den Buchstaben c

Doppelbuchstabe cc und Buchstabe h

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der im neuen § 101 Absatz 1 Satz 14 geregelten Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, zu bestimmen, ob die von ihm festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind, oder ob auf ihre Erfüllung ausschließlich im Wege des Nachbesetzungsverfahrens hinzuwirken ist. Die Verpflichtung der Zulassungsausschüsse zur Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen auch bei Überversorgung ist erforderlich, sofern der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, dass die von ihm festzulegenden Mindestversorgungsanteile in der Überversorgung durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen aufzufüllen sind, und soweit die so festgelegten Versorgungsanteile noch nicht erfüllt sind.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dieser Änderung wird ein Verweisfehler korrigiert. Absatz 1 Satz 4 und 5 regelte in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung die Voraussetzungen, unter denen ein medizinisches Versorgungszentrum fachübergreifend tätig war. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden diese beiden Sätze aufgehoben. Obwohl der sich hierauf beziehende Verweis in Absatz 6 Satz 3 dadurch obsolet geworden ist, wurde er bisher nicht gestrichen. Dies wird mit der vorliegenden Änderung nunmehr nachgeholt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird zum einen klargestellt, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellte Ärztinnen und Ärzte auch Gesellschafteranteile von Ärztinnen und Ärzten in dem MVZ übernehmen können, die nicht auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung verzichtet, sondern ihren Vertragsarztstatus beibehalten haben. Zudem soll mit der Anfügung eines zusätzlichen Halbsatzes klargestellt werden, dass die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch die in einem MVZ angestellte Ärztinnen und Ärzte jederzeit und damit nicht erst dann erfolgen kann, wenn die letzte gründungsberechtigte Ärztin bzw. der letzte gründungsberechtigte

Arzt aus dem MVZ ausscheidet und damit der Wegfall der Gründungsvoraussetzungen droht. So kann beispielweise bei einem von drei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gegründeten MVZ bereits beim Ausscheiden der ersten (Mit-)Gründerin bzw. des ersten (Mit-)Gründers deren bzw. dessen Gesellschaftsanteile von einer in dem MVZ angestellten Ärztin bzw. einem in dem MVZ angestellten Arzt übernommen werden.

Der bisherige Doppelbuchstabe bb entfällt. Mit Wegfall der Beschränkung der MVZ-Gründungsbefugnis von Praxisnetzen auf unterversorgte und von Unterversorgung bedrohte Gebiete entfällt auch der Bedarf für die bisherige in Absatz 6 getroffene Folgeregelung.

Zu Nummer 53 (§ 96)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung der im Gesetzentwurf in vorgesehenen Regelung in § 103 Absatz 2 Satz 4 und 5 (vgl. Nummer 4 Buchstabe c).

Zu Nummer 54 (§ 101)

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Änderung ermöglicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine Regelung zur Festlegung von Zulassungsbeschränkungen bereits dann, wenn der Versorgungsgrad eines Planungsbereiches zwischen 100 und 110 Prozent liegt. Sie erfolgt in Anlehnung an die inzwischen ausgelaufene Übergangsregelung des § 67 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zum Zweck einer verbesserten Versorgungssteuerung die Möglichkeit vorsah, Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent zugunsten anderer, weniger gut versorgter Planungsbereiche anzuordnen. Hierdurch war etwa eine Steuerung von Versorgungskapazitäten in Richtung schlechter versorgter Mittelbereiche außerhalb der Ballungsräume und Mittelzentren möglich, ohne dass in diesen Bereichen eine Unterversorgung vorliegen musste. Auch im Rahmen der Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie nach Satz 7 kann mit dieser Regelung insbesondere verhindert werden, dass die Anpassung der Verhältniszahlen bei einem Aufwuchs von Arztsitzen zu einer ungleichmäßigen Verteilung von Versorgungskapazitäten führt.

Es wird zudem klargestellt, dass eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Mindestquote für die Quotenbewerber nicht freizuhalten und deshalb bei der Errechnung des Versorgungsgrads nur insoweit einzurechnen ist, als die darauf entfallenden Arztsitze tatsächlich besetzt sind. Das Freihalten festgelegter Quoten für etwaige Quotenbewerber würde dazu führen, dass es zu einer rechnerischen Überversorgung und den dadurch ausgelösten Zulassungssperren auch dann kommen kann, wenn der Planungsbereich wegen Nichterfüllung einer freigehaltenen Quote tatsächlich unterversorgt ist. Der Gesetzgeber hat aus diesem Grund bereits mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3108) für die Psychotherapeutenquoten nach § 101 Absatz 4 Satz 5 vorgegeben, dass bei der Berechnung des Versorgungsgrads eine Berücksichtigung der vollen Quote unabhängig vom Grad ihrer Erfüllung nicht in Betracht kommt, und dass es stattdessen allein auf die Zahl der tatsächlich besetzten Arztsitze ankommt. An dieser Wertung wird auch hinsichtlich der im neuen § 101 Absatz 1 Satz 8 enthaltenen Möglichkeit zur Festlegung differenzierter Versorgungsanteile innerhalb einzelner Arztgruppen festgehalten.

Außerdem wird geregelt, wie im Fall einer bestehenden Überversorgung aufgrund der dadurch ausgelösten Zulassungssperren darauf hingewirkt werden kann, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestvorgaben erfüllt werden. Dies kann dadurch erfolgen, dass etwaigen Quotenbewerbern ohne Rücksicht auf den Grad der Überversorgung auch weiterhin der Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Diese Vorgehensweise entspricht der Regelung des § 25 Absatz 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, wonach der Zulassungsausschuss auch im Fall bestehender Zulassungsbeschränkungen neue Zulassungen erteilen darf, soweit die nach § 101 Absatz 4 festgelegten Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind. Alternativ kann im Fall der Überversorgung auf die Erreichung festgelegter Mindestversorgungsanteile im Nachbesetzungsverfahren hingewirkt werden. Letzteres entspricht der Regelung in § 103 Absatz 3a Satz 3, zweiter Halbsatz, wonach der Zulassungsausschuss die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens auch bei fehlender Versorgungsnotwendigkeit des nachzubesetzenden Arztes nicht ablehnen darf, wenn mit der Nachbesetzung eine Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden kann. Die Änderung sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, ob die nach Satz 8 festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen oder ausschließlich im Wege des Nachbesetzungsverfahrens aufzufüllen sind. Die Zulassungsausschüsse sind an die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden.

Zu Nummer 55 (§ 103)

Zum bisherigen Buchstaben a

Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen, befristeten Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Fachrichtungen war beabsichtigt, bereits in der Übergangszeit bis zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Versorgungssicherheit in den Bereichen herzustellen, die in besonderem Maße von Versorgungs- und Terminschwierigkeiten betroffen waren. Angesichts des absehbaren Inkrafttretens des Gesetzes in zeitlicher Nähe zum Abschluss der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschusses- zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie erscheint die Einführung dieser Ausnahmeregelung nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung werden die Bestimmungsrechte der Länder im Zusammenhang mit der Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten gestärkt. Die Änderung bewirkt, dass die von der Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Arztgruppen oder Fachrichtungen nicht von den Landesausschüssen, sondern von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu bestimmen sind. Neben der Möglichkeit der zeitlichen Begrenzung der zu bestimmenden Ausnahmen durch Befristung oder Aufhebung ihrer Festlegung verfügen die Länder damit über die Möglichkeit, bestehende Versorgungsbedarfe örtlich und fachlich einzugrenzen. Folge der Regelung ist eine uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit in den von den Landesbehörden bestimmten ländlichen und strukturschwachen Gebieten und Arztgruppen oder Fachrichtungen. An der Festlegung allgemeingültiger Kriterien durch die Landesausschüsse für die von der Ausnahme betroffenen Teilgebiete wird festgehalten, um die für die Bestimmungsrechte der Länder erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Diesbezüglich wird geändert, dass der Landesausschuss die entsprechenden Kriterien nicht im Wege der Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, sondern im Einvernehmen mit diesen Landesbehörden aufzustellen hat.

Zu Buchstabe b

Der neue gefasste Buchstabe b enthält unter Doppelbuchstabe aa eine Folgeänderung zu der in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte neu geschaffenen Möglichkeit einer Zulassung mit einem drei Viertel Versorgungsauftrag. Auch wenn eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt nur auf ein Viertel ihrer bzw. seiner Zulassung verzichtet oder ihr bzw. ihm nur ein Viertel der Zulassung entzogen wird, soll an üblichen Nachbesetzungsregelungen festgehalten werden. Einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt ist es daher auch in diesen Fällen möglich, einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zu stellen. Es ist dann Aufgabe des Zulassungsausschusses, über diesen Antrag nach den gesetzlich vorgegeben Regelungen zu entscheiden.

Doppelbuchstabe bb übernimmt den bisherigen Wortlaut des Gesetzesbefehls.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung bezieht sich auf die Grundsatzregel, dass der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen kann, wenn er das Nachbesetzungsverfahren mit dem Ziel der Nachbesetzung durch die in Absatz 3a Satz 3, zweiter Halbsatz genannten, privilegierten Personenkreise durchführt, sich im Nachbesetzungsverfahren jedoch herausstellt, dass kein entsprechend geeigneter Bewerber zur Nachbesetzung zur Verfügung steht. Die bisherige Formulierung des Absatzes 4 Satz 9 bezieht nicht ausdrücklich diejenigen Bewerber ein, mit denen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 101 Absatz 1 Satz 8 festgelegten Versorgungsanteile erfüllt werden können. Infolge der klarstellenden Änderung kann der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung auch in den Fällen ablehnen, in denen er das Nachbesetzungsverfahren zur Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestversorgungsanteile durchzuführen hat, sich im Nachbesetzungsverfahren aber kein Bewerber findet, mit dem diese Mindestversorgungsanteile erfüllt werden könnten. Eine Änderung der Rechtslage für die übrigen in Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Personenkreise ist mit der Änderung nicht beabsichtigt.

Zu Doppelbuchstabe dd

§ 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 gibt dem Zulassungsausschuss vor, im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens bei der Auswahl der Bewerber für die Nachfolge einer Praxis das Kriterium, ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu berücksichtigen. Mit dem neuen Satz 10 wird dem Zulassungsausschuss künftig ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einem Bewerber, der sich zur Erfüllung der besonderen Versorgungsbedürfnisse im Auswahlverfahren bereit erklärt hat, die Zulassung unter der Voraussetzung zu erteilen, dass er sich zur Erfüllung dieser besonderen Versorgungsbedürfnisse verpflichtet. Hierbei kann es sich beispielsweise um die Verpflichtung handeln, bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe in einem bestimmten Umfang anzubieten, um somit beispielsweise die Versorgung der Versicherten mit einem grundversorgenden ärztlichen Leistungsspektrums aufrecht zu erhalten. Auch kann es sich um die Verpflichtung handeln, neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz in gewissem Umfang auch in nahegelegenen schlechter versorgten Gebieten tätig zu sein.

Im Übrigen wird auf die Begründung zu der im Gesetzentwurf enthaltenen Aufhebung des bisherigen Satz 10 Bezug genommen.

Zu den Buchstaben d und e

Der neue gefasste Buchstabe d übernimmt den bisherigen Wortlaut des Gesetzesbefehls unter Doppelbuchstabe aa und verzichtet auf die bisherige Regelung unter Doppelbuchstabe bb. Inhalt der Regelung unter Doppelbuchstabe bb war eine Beschränkung der bisher nach geltendem Recht bestehenden generellen Möglichkeit zur Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen in MVZ. Vorgesehen war, dass der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle prüfen sollte, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Aufgrund der in der Anhörung gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich möglicher negativer Auswirkungen auf Anstellungen und MVZ sowie Bedenken hinsichtlich einer praktikablen Umsetzbarkeit dieser Regelung, wird diese Beschränkung gestrichen.

Als Folge hiervon ist die Parallelregelung für die Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten ebenfalls zu streichen.

Zu Nummer 56 (§ 105)

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Änderung wird die ohnehin nicht abschließende Aufzählung der möglichen Verwendungszwecke der Strukturfondsmittel dahingehend ergänzt, dass nunmehr auch der Betrieb der Terminservicestellen gefördert werden kann. Strukturfondsmittel können hier beispielsweise dazu genutzt werden, die künftig notwendige gewordene Vorhaltung von medizinisch geschultem Personal zum Zwecke einer qualifizierten Ersteinschätzung (sog. Triage) zu fördern.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 1b

Eingefügt wird ein neuer Absatz 1b, mit dem die Möglichkeit geschaffen wird, auf Landesebene vertraglich zu vereinbaren, dass über die Mittel des Strukturfonds hinaus ein zusätzlicher Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes bereitgestellt wird. Vorgesehen sind hierzu fakultative Verträge zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.

Mit der Regelung sollen in der Vergangenheit vereinzelt vereinbarte Vergütungszuschläge für den Bereitschaftsdienst, die aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 28. Juni 2017 – B 6 KA 12/16) und darauf resultierender Reaktionen der Aufsicht in Frage gestellt werden, nunmehr ausdrücklich erlaubt werden. Die Gesamtvertragspartner haben nach § 87 Absatz 2 Satz 3 zwar grundsätzlich die Möglichkeit, die Leistungen im Notfall und im Notdienst als besonders förderungswürdige Leistungen durch Zuschläge auf den Orientierungswert zusätzlich zu vergüten. Um jedoch als Kassenärztliche Vereinigung die grundlegenden zentralen Strukturen aufzubauen (zum Beispiel Räume für zentrale Notdienstpraxen im Krankenhaus anzumieten) fehlen den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Vertragspartnern die rechtlichen Grundlagen.

Die Absätze 1c und 1d entsprechen den bisherigen Absätzen 1b und 1c.

Zu Absatz 1c

Mit der Änderung wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen gestrichen, schon bei Vorliegen einer nur drohender Unterversorgung Eigeneinrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Denn mit Blick auf die Vielzahl der möglichen Maßnahmen, um eine drohende Unterversorgung zu vermeiden bzw. abzuwenden erscheint es nicht sachgerecht, den Betrieb von Eigeneinrichtungen bereits im Fall einer bloß drohenden Unterversorgung verpflichtend vorzuschreiben. Vielmehr soll die Pflicht zum Betrieb von Eigeneinrichtungen erst dann zum Tragen kommen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigung nicht in der Lage war, die drohende Unterversorgung mit anderen zur Verfügung stehenden Maßnahmen zu beseitigen und eine ärztliche Unterversorgung tatsächlich eingetreten ist.

Zu Absatz 1d

Im Masterplan Medizinstudium 2020 wird den Ländern das Recht eingeräumt, neben dem regulären Zulassungsverfahren bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für bis zu zehn Jahre in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu werden (sog. Landarztquote).

Mit Schaffung des § 105 Absatz 1c wurde gesetzlich klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Umsetzung des ihnen obliegenden Auftrages zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung an der Umsetzung der Landarztquote mitwirken, soweit der jeweilige Landesgesetzgeber entsprechende Regelungen getroffen hat. Ihre Mitwirkung war sowohl an dem Verfahren zur Vergabe der Studienplätze als auch an der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen vorgesehen, sofern Landesrecht dies bestimmt. Da der Masterplan Medizinstudium eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vergabe der Studienplätze nicht vorsieht, wird der diesbezügliche Regelungsteil gestrichen. An der Mitwirkung bei der Umsetzung der von den Studienplatzbewerberinnen und -bewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen wird festgehalten.

Zu Nummer 56a (§ 106)

Zu Buchstabe a

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Absätze 1 und 3 in § 297.

Zu Buchstabe b

Zur Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die bislang nach der Rechtsprechung des Bundesozialgerichts (BSG) für ärztliche Leistungen bis zu vier Jahre nach Erlass des Honorarbescheides (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23) von einer Nachforderung oder einer Kürzung im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen sein können, wird mit der Regelung die Ausschlussfrist auf zwei Jahre gesetzlich festgelegt. Für die ärztlich verordneten Leistungen gilt diese zweijährige Frist mit der Maßgabe, dass die Frist mit dem Schluss des Kalenderjahres beginnt, in dem die Leistung verordnet worden ist. Eine Nachforderung oder Kürzung ist demnach zukünftig nur noch innerhalb von zwei Jahren möglich, soweit keine Vertrauensausschlusstatbestände nach § 45 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Zehnten Buches (SGB X) vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23). Bereits in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung des § 106 war für die Richtgrößenprüfung (ärztlich verordnete Leistungen) eine zweijährige Frist vorgesehen. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung gelten entsprechend der Regelung in § 45 Absatz 2 des Ersten Buches (SGB I) die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Die Verkürzung der Ausschlussfristen gilt für Honorarbescheide und ärztlich verordnete Leistungen ab Inkrafttreten des Gesetzes.

Zu Nummer 57 (§ 106a)

Die von Amts wegen jedes Quartal bei mindestens 2 Prozent der vertragsärztlichen Leistungserbringern durchzuführende Zufälligkeitsprüfung – ohne vorherige Auffälligkeit – kann mit einem sehr hohen bürokratischen Aufwand für die in die Zufälligkeitsprüfung einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer verbunden sein. Am Aufwand gemessen ist der Nutzen dieser Prüfungsart nur gering. Daher wird mit Absatz 1 diese arztbezogene

Prüfungsart einschließlich der darin beinhalteten arztbezogenen Prüfung der Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit künftig in Absatz 1 nicht mehr gesetzlich von Amts wegen vorgegeben. Künftig bedarf es eines begründeten Antrages einer Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen. Der begründete Antrag ist für den jeweiligen Abrechnungszeitraum zu stellen.

Nach Absatz 2 ergibt sich eine Veranlassung für einen begründeten Antrag insbesondere durch den begründeten Verdacht einer Fehlindikation, Ineffektivität, Qualitätsmangel oder Unangemessenheit der Kosten. Diese Merkmale sind bereits im geltenden Recht für die bisherigen Zufälligkeitsprüfungen gesetzlich vorgegeben.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen konkretisieren nach Absatz 3 das Nähere zur Prüfung auf begründeten Antrag in Rahmenempfehlungen, die bei den regionalen Vereinbarungen zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte auch die Anlage 6 dieses Vertrages an die neuen Vorgaben und an die neue Frist anzupassen, damit die Prüfung sachgerecht umsetzbar ist.

Bisher haben die Kassenärztliche Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verbindliche Richtlinien für die Zufälligkeitsprüfungen zu vereinbaren. Insoweit werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen weitestgehend regionalisiert.

Darüber hinaus können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach Absatz 4 weiterhin Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Nach Absatz 4 Satz 2 werden künftig Prüfungen nach Durchschnittswerten für Planungsbereiche und für Arztgruppen, in denen Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt ist, ausgeschlossen. Die Prüfung nach Durchschnittswerten ist häufig eine unnötige Belastung für vertragsärztliche Leistungserbringer, da sie besonderen Standort- und Strukturmerkmale und besonderen Behandlungsfällen häufig nicht angemessen Rechnung trägt. Vor diesem Hintergrund wird zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung auf die Durchführung von Durchschnittswertprüfungen in genannten Planungsbereichen verzichtet. Nach Absatz 4 Satz 3 sind in den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 eine Höchstzahl der je Quartal zu prüfenden Ärzte festzulegen. Im Übrigen ist die Regelung in Absatz 4 Satz 3 bereits im Gesetzentwurf enthalten und wird übernommen.

Vor dem Hintergrund der Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung zur arztbezogenen Prüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit im Zuge der Streichung der Zufälligkeitsprüfung entfällt auch Absatz 5.

Zu Nummer 58 (§ 106b)

Zu Buchstabe a

Bei saisonalen Grippeimpfstoffen kann es auf Grund herstellungsbedingter Besonderheiten, verbunden mit kurzen Vorbestellfristen und regionalen Unterschieden der Bestellung dieser Impfstoffe für den Praxisbedarf zu Problemen bei der Versorgung versicherter Personen kommen. Grippeimpfstoffe werden von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf Grund von Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen nicht personenbezogen, sondern als Sprechstundenbedarf zur vertragsärztlichen Behandlung verordnet. Grippeimpfungen, die Krankenkassen für ihre Versicherten freiwillig als Satzungsleistungen übernehmen, sollen bei der Verordnung als Sprechstundenbedarf berücksichtigt werden. Ärztinnen und Ärzten soll zur Sicherstellung der Versorgung ermöglicht werden, bei der Bestellung und Verordnung für ihren Praxisbedarf einen angemessenen „Sicherheitszuschlag“ einkalkulieren zu können, ohne allein auf Grund dieser Tatsache bei einer geringeren Zahl durchgeführter Impfungen etwaige Regressforderungen befürchten zu müssen. Die näheren Festlegungen bleiben den Vereinbarungen der Vertragspartner nach Absatz 1 überlassen. Für eine Impfsaison soll eine angemessene, mindestens jedoch zehnprozentige Überschreitung gegenüber der erst im Nachhinein tatsächlich feststellbaren Menge durchgeführter Impfungen in jeden Fall noch als „wirtschaftlich“ gewertet werden. Auch das Paul-Ehrlich-Institut hat bei der Bedarfsprüfung nach § 132e Absatz 2 eine zusätzliche Reserve von 10 Prozent zu berücksichtigen. Die sonstigen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit der Verordnung saisonaler Grippeimpfstoffe, die in den Vereinbarungen jeweils geregelt sind, sind ungeachtet dessen zu beachten.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderung wird die Höhe von Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise auf eine Differenzberechnung beschränkt. Die Nachforderung ergibt sich aus dem Mehrbetrag, der nach Abzug der ärztlich

verordnungsfähigen Leistung zu Lasten des Kostenträgers verbleibt. Soweit sich durch eine unzulässige Verordnung Kostenersparnisse zugunsten des Kostenträgers ergeben, kommt dies nicht dem verordnenden Arzt zugute. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren das Nähere in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Absatz 4 Nummer 3

Zum Abbau von Regressrisiken und von Bürokratieaufwand unterliegen Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 künftig nicht mehr den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Der Durchführung derartiger Wirtschaftlichkeitsprüfungen steht nach Angaben aus der Praxis auch die vielfach schlechte Datenlage entgegen. Nach § 39 Absatz 1 Satz 2 ist es weiterhin insbesondere auch die Aufgabe des Krankenhauses, die Erforderlichkeit der Behandlung zu prüfen. Zudem ist die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Streitfall uneingeschränkt von der Krankenkasse und ggf. durch Gericht zu überprüfen (BSG, Gr. Senat, Beschl. v. 25.9.2007, Az. GS 1/06 = SozR 4 – 2500 § 39 Nr. 10). Die Leistungen bzw. Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen müssen von den Krankenkassen im Vorfeld genehmigt werden. Dabei haben die Krankenkassen bereits auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 zu beachten. Eine Herausnahme der Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher verordneter Leistungen ist daher sachgerecht.

Zu Absatz 4 Nummer 4

Die Ergänzung regelt, dass die Versorgungsform der sogenannten „Blankoverordnung“ nach dem neuen § 125a, durch die der Vertragsarzt bei der Verordnung von Heilmitteln die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten dem Therapeuten überlässt, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Der Vertragsarzt hat bei dieser Versorgungform keine Möglichkeit, auf die Entscheidung über die Art und den Umfang der Heilmittelbehandlung Einfluss zu nehmen, da diese dem Therapeuten obliegt.

Zu Nummer 59 (§ 106d)

Zu Buchstabe b

Zur Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die bislang nach Entscheidung des Bundesozialgerichts bis zu vier Jahre nach Ende der Abrechnung im Rahmen einer Abrechnungsprüfung von Maßnahmen betroffen sein können, wird mit der Regelung in Absatz 5 Satz 3 die Ausschlussfrist für die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung auf zwei Jahre ab Erlass des Honorarbescheides gesetzlich festgelegt. Eine Nachforderung oder Kürzung ist demnach zukünftig nur noch innerhalb von zwei Jahren möglich, soweit keine Vertrauensausschlusstatbestände nach § 45 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des SGB X vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23). Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung gelten entsprechend der Regelung in § 45 Absatz 2 des SGB I die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Auch bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird eine zweijährige Frist vorgesehen. Die Verkürzung der Ausschlussfrist gilt für Honorarbescheide, die nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erlassen werden.

Mit der Regelung in Absatz 6 Satz 1 werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, in den Richtlinien die Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 verbindlich vorzugeben. Voraussetzungen können beispielsweise Vorgaben zu Verfahrensschritten oder Datenübermittlungsfristen sein. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die regionalen Selbstverwaltungspartner die gesetzliche Ausschlussfrist von zwei Jahren sachgerecht umsetzen. Sofern erforderlich haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte hierzu auch die in Anlage 6 § 1 vereinbarte Frist der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen gemäß § 295 Absatz 3 Nummer 4 anzupassen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Nummer 67a (§§ 124, 125, 125a, 125b)

Die derzeit geltenden Regelungen zu den Beziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln sind intransparent, verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und geben der Versorgungsverantwortung der Leistungserbringer nur wenig Raum. Damit werden sie der stark gewachsenen Bedeutung der Heilmittelversorgung nicht mehr gerecht. Aus diesem Grund ist eine grundlegende Neuordnung erforderlich.

Zu § 124

Das Zulassungsverfahren bleibt im Wesentlichen erhalten, wird zum Zweck des Bürokratieabbaus jedoch dahingehend vereinfacht, dass in jedem Bundesland eine Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gebildet wird, die die Zulassungsbescheide mit Wirkung für alle Krankenkassen erteilt. Zudem sind Anpassungen auf Grund der Einführung der bundesweit geltenden Verträge und der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung erforderlich.

Absatz 1 definiert wie bisher die Heilmittel als Dienstleistung, die nur durch zugelassene Leistungserbringer abgegeben werden dürfen, und benennt zugleich die Zulassungsvoraussetzungen, die bisher in Absatz 2 geregelt waren. Durch die Nummer 1 wird nunmehr entweder die zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder ein vergleichbarer akademischer Abschluss gefordert. Dadurch wird klargestellt, dass auch Personen mit einem einschlägigen akademischen Abschluss eine Zulassung erteilt werden kann. Die bisher allein verwendete Formulierung der Berufsbezeichnung betrifft nur die Fachschulabsolventen. Welche Berufsgruppen zulassungsfähig sind, haben die Vertragspartner in ihren Verträgen nach § 125 ebenso wie die Voraussetzungen für eine zweckmäßigen und wirtschaftliche Leistungserbringung nach Nummer 2 zu vereinbaren. Darüber hinaus müssen Leistungserbringer nach Nummer 3 neben dem Vertrag über die Versorgung mit Heilmitteln nach § 125 auch den Vertrag zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung anerkennen, die nunmehr nach § 125a in die Regelversorgung überführt worden ist. Die erforderlichen Übergangsvorschriften sind in Absatz 6 geregelt.

Nach Absatz 2 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die erforderlichen Zulassungsentscheidungen per Verwaltungsakt trifft. Die Leistungserbringer haben sich dadurch nur noch an eine Stelle zu wenden, um ihre Zulassung zu erhalten. Die mehrfache Einreichung von Anträgen mit den notwendigen Unterlagen entfällt. Es können auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mehrerer Bundesländer eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft bilden. Die Kosten werden anteilig nach der Zahl der Versicherten nach KM 6 getragen. Die Arbeitsgemeinschaft hat dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Daten über die zugelassenen Leistungserbringer zu übermitteln. Die so gesammelten Daten über alle bundesweit zugelassenen Leistungserbringer hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelmäßig allen Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Das Verfahren und insbesondere die erforderlichen Fristen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln. Die Arbeitsgemeinschaften sind bis zum 31. August 2019 zu bilden.

Durch Absatz 3 wird der Arbeitsgemeinschaft die Möglichkeit gegeben, die Erfüllung der Voraussetzungen für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung bei dem Leistungserbringer, der einen Antrag auf Zulassung gestellt hat, zu überprüfen. Der Leistungserbringer hat hierzu Zutritt zu seiner Praxis zu gewähren. Die Prüfung darf jedoch nur zu den üblichen Praxiszeiten erfolgen. Mehrfache Prüfungen sind zu vermeiden.

Die Regelung des Absatzes 4 entspricht dem bisherigen Absatz 7 und regelt den Bestandschutz für Zulassungen, die bis zum 30. Juni 2008 von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt worden sind.

Absatz 5 regelt, dass Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen Heilmittel abgeben dürfen, wenn sie eine Person beschäftigen, die die Voraussetzung nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllt, und über eine zweckmäßige Praxisausstattung verfügen. Diese Regelung entspricht dem bisherigen Absatz 3. Zur Klarstellung wird aufgenommen, dass diese Einrichtungen einer Zulassung nicht bedürfen. Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen sind nunmehr die Verträge und damit auch die entsprechenden Preise, die nach § 125 Absatz 1 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geschlossen werden, anzuwenden.

Durch den Verweis auf die entsprechende Geltung von § 125b gelten auch für diese Einrichtungen ab dem 1. Juli 2019 die bundesweit einheitlichen Preise. Die Fortgeltung der bisherigen Verträge bis zum Abschluss der bundesweiten Verträge ist durch den Verweis auf § 125b ebenfalls geregelt.

Absatz 6 regelt die erforderlichen Übergangsbestimmungen für das Zulassungsverfahren, bis die Verträge nach dem neuen § 125 und § 125a abgeschlossen sind. Bis zu deren Inkrafttreten sind die bisherigen Verträge für eine Zulassung anzuerkennen. Tritt der bundesweit geltende Vertrag nach § 125 Absatz 1 in Kraft, haben die bereits zugelassenen Leistungserbringer diesen Vertrag innerhalb von sechs Monaten anzuerkennen. Dies ist notwendig, da die Leistungserbringer einer vertraglichen Grundlage bedürfen, um Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzugeben. Da die bisherigen Verträge nicht mehr gelten, wird die Anerkennung dieser Verträge hinfällig. Wird der Vertrag nach § 125 Absatz 1 nicht innerhalb der Übergangsfrist von sechs Monaten anerkannt, dürfen die Leistungserbringer keine Leistungen mehr abgeben. Gleiches gilt für die Anerkennung des Vertrages nach § 125a zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Bis zum Inkrafttreten dieses Vertrages ist die Anerkennung keine Zulassungsvoraussetzung.

Auf Grund der bundesweiten Geltung der Verträge nach § 125 Absatz 1 können nunmehr auch die Zulassungsbedingungen nach Absatz 1 einheitlich in dem jeweiligen Vertrag geregelt werden. Bis die Verträge in Kraft treten, sind für die Prüfung der Zulassungsvoraussetzung die Zulassungsempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach dem bisherigen Absatz 4 anzuwenden.

Zu § 125

Absatz 1 bestimmt, dass die Verträge zur Heilmittelversorgung künftig grundsätzlich auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossen werden. Durch die Reduzierung der bisherigen Vielzahl von Verträgen wird mehr Transparenz über das Vertragsgeschehen ermöglicht und der Aufwand für die Vertragsverhandlungen für die Verbände der Heilmittelerbringer und die Krankenkassen reduziert. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abzuschließen, so dass für jeden Bereich nur noch ein Vertrag besteht. Die Beschränkung auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen gewährleistet effiziente Vertragsverhandlungen. Als maßgeblich sind für die erstmaligen Verhandlungen insbesondere die Verbände oder Organisationen anzusehen, die bereits nach dem bisherigen Recht als maßgeblich eingestuft worden sind und am Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in seiner bisherigen Fassung beteiligt waren oder sich haben vertreten lassen. Die bundesweiten Verträge gelten ab dem 1. Juli 2020. Um eine Transparenz über die Verträge zu gewährleisten, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Verträge mit den jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.

Durch Absatz 2 werden Vorgaben für die in den Verträgen zu regelnden Inhalte gemacht. Diese entsprechen im Wesentlichen den bisher in § 125 Absatz 1 und 2 genannten Inhalten. Da die Verträge künftig auf Bundesebene abgeschlossen werden, sind die Rahmenempfehlungen nicht mehr erforderlich. Bei der Festlegung der Inhalte der einzelnen Maßnahmen des jeweiligen Heilmittels ist nunmehr eine Regelleistungszeit zu vereinbaren, die sich aus den erforderlichen Zeiten für die Behandlung des Versicherten sowie für die Vor- und Nachbereitung der Behandlung zusammensetzt. Diese Regelleistungszeiten sind auch bei der Vergütung angemessen zu berücksichtigen. Dadurch soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Leistungserbringer über die Behandlung hinaus Zeit für die erforderliche Vor- und Nachbereitung benötigen und diese Zeit ausreichend vergütet wird. Im Zusammenhang mit den Vorgaben zu den Vergütungsstrukturen sollten bisher in den Rahmenempfehlungen auch Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte gemacht werden. Weil die Umsetzung in der Praxis zu erheblichen Problemen geführt hat, wird nunmehr vorgegeben, dass zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte eine von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zu erstellende Statistik zu verwenden ist. Diese Statistik basiert auf den Meldungen, die die Arbeitgeber an die Berufsgenossenschaften im Rahmen der Umlage nach § 165 Siebentes Buch für die Berechnung der Beiträge vorzunehmen haben. Die Statistik muss die Anzahl der Arbeitnehmer, deren geleistete Arbeitsstunden sowie die geleisteten Entgelte enthalten. Rückschlüsse auf einzelne Unternehmen oder Arbeitnehmer lässt die Statistik nicht zu. Die Statistik hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege anzufordern.

Darüber hinaus haben die Vertragspartner die personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen zu vereinbaren, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleisten und damit zur Abgabe von Heilmittelleistungen an Versicherte berechtigen. Die hierzu zu treffenden Regelungen ersetzen die bisherige

Zulassungsempfehlung. Die einheitliche Regelung ist durch die bundesweite Geltung des Vertrages nunmehr möglich. Dabei ist darauf zu achten, dass keine zu einschränkende Reglementierung erfolgt. Detaillierte Vorgaben zum Beispiel zur Raumgröße oder Deckenhöhe sind im Regelfall verzichtbar. Auch die Vereinbarung von Richtwerten ist möglich, so dass die zulassende Arbeitsgemeinschaft eine Gesamtbetrachtung der räumlichen Begebenheiten vorzunehmen hat.

Durch Absatz 3 wird den Vertragspartnern dauerhaft mehr Flexibilität bei den Preisvereinbarungen ermöglicht. Die bisher auf den Zeitraum von 2017 bis 2019 beschränkte Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate nach § 71 wird entfristet. Statt der Veränderungsrate haben die Vertragspartner bei ihren Vertragsverhandlungen künftig andere Parameter zu berücksichtigen, die insbesondere die gesamten Kosten eines wirtschaftlich zu führenden Praxisbetriebes betreffen und damit deutlich besser die realen Kostenentwicklungen im Heilmittelbereich widerspiegeln als die Veränderungsrate, die sich ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten berechnet und damit tatsächliche Kostensteigerungen nicht abbildet. Bei den nunmehr gesetzlich vorgegebenen Parametern handelt es sich um die Entwicklung der Personalkosten, der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis.

Nach Absatz 4 sollen die Vertragspartner eine Empfehlung erarbeiten, die die Voraussetzungen für eine barrierefreie Praxis beschreibt. Für die Leistungserbringer dient diese Empfehlung als Orientierungshilfe. Eine Verbindlichkeit resultiert daraus nicht. Auch können nur einzelne der ausgesprochenen Empfehlungen durch die Praxisinhaber umgesetzt werden.

Für den Fall, dass sich die Vertragspartner nicht bis zum 1. Juli 2020 oder bis zum Ablauf einer vereinbarten Vertragslaufzeit einigen, sieht Absatz 5 die Festsetzung des Vertragsinhaltes oder der Preise durch eine Schiedsstelle vor. Damit verbunden ist eine Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens im Heilmittelbereich. Statt der unabhängigen Schiedsperson, die nach derzeit geltendem Recht bei Nichteinigung zwischen den Verhandlungs- beziehungsweise Vertragsparteien durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu benennen ist, erfolgt die Konfliktlösung künftig über eine Schiedsstelle. Angesichts der bundesweiten Bedeutung, die der Ausgang von Schiedsverfahren künftig für die Leistungserbringer und Krankenkassen hat, soll die Verantwortung für den Schiedsspruch nicht einer einzelnen Person überlassen bleiben. Zudem gibt es für die Schiedsstelle eine Aufsichtsbehörde, so dass hierdurch ein effektives Verfahren sichergestellt werden kann. Die Schiedsstelle hat innerhalb von drei Monaten zu entscheiden. Dauert das Schiedsverfahren länger als drei Monate, hat die Schiedsstelle neben den Preisen auch Zahlbeträge festzulegen. Bei den Zahlbeträgen wird die fehlende Vergütungssteigerung, die durch die verspätete Entscheidung der Schiedsstelle entstanden ist, für einen bestimmten Zeitraum auf die festgelegten Preise aufgeschlagen und damit ausgeglichen. Eine Rückwirkung der Entscheidung durch die Schiedsstelle würde zu einem erheblichen Aufwand auf Grund der erforderlichen Korrekturen von bereits abgerechneten Leistungen und rückwirkenden höheren Zuzahlungsbeträgen führen, so dass hiervon abzusehen ist. Durch die Festsetzung von Zahlbeträgen soll ein schnelles und stringentes Schiedsverfahren gewährleistet werden. Kann die vorgegebene Frist nicht eingehalten werden, soll dies nicht zu Lasten der Heilmittelerbringer gehen.

Absatz 6 enthält die Regelungen zur näheren Ausgestaltung der Schiedsstelle. Um zu gewährleisten, dass die Schiedsstelle rechtzeitig gebildet wird, ist hierfür eine Frist bis zum 15. November 2019 vorgesehen. Die Schiedsstelle setzt sich neben den Unparteiischen aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer zusammen. Um sicherzustellen, dass im Schiedsverfahren nur Vertreter des jeweiligen Leistungsbereichs in der Schiedsstelle sitzen, variiert die Besetzung auf Seiten der Heilmittelerbringer in Abhängigkeit zu dem jeweiligen Heilmittelbereich. Die unparteiischen Mitglieder sind für alle Heilmittelbereiche zuständig. Die vierjährige Amtsdauer soll die Kontinuität der Schiedsstelle gewährleisten. Bei einer fehlenden Einigung auf die unparteiischen Mitglieder erfolgt die Bestellung der unparteiischen Mitglieder durch die Aufsichtsbehörde. Durch den Verweis auf § 89 Absatz 7 Satz 3 kann die zuständige Aufsichtsbehörde die unparteiischen Mitglieder aus wichtigen Grund abberufen. Die Kosten der Schiedsstelle sind von den jeweiligen Vertragsparteien, die am Verfahren beteiligt sind, jeweils zur Hälfte zu tragen. Die Kosten, die den Vertragsparteien durch die bestellten Vertreter entstehen, haben diese selbst zu tragen. Durch den Verweis auf die Geltung der Regelungen nach § 129 Absatz 9 hat sich die Schiedsstelle auch eine Geschäftsordnung zu geben. In dieser können auch die Anzahl der Vertreter der Vertragsparteien in der Schiedsstelle geregelt werden. Diese können nach Heilmittelbereich auf Grund der unterschiedlichen Anzahl an beteiligten Verbänden variieren. Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle wie auch gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt, um ein zügiges Schiedsverfahren gewährleisten zu können.

Durch Absatz 7 wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Ermächtigungsgrundlage gegeben, mit den Leistungserbringern von kurortspezifischen Heilmitteln im Sinne des § 23 Absatz 2 Verträge über die Versorgung mit diesen Heilmitteln zu schließen. Die kurortspezifischen Heilmittel sich nicht Gegenstand der Verträge nach Absatz 1. Bisher konnten diese Leistungserbringer unter die Einrichtungen nach dem bisherigen § 124 Absatz 3 subsumiert werden. Da für diese nach den neuen Regelungen die Verträge nach § 125 Absatz 1 entsprechend gelten, die kurortspezifischen Heilmittel jedoch nicht sinnvoll auf Bundesebene geregelt werden können, ist eine eigene Ermächtigungsgrundlage zum Abschluss eines Vertrages erforderlich. Durch der Verweis auf die Absätze 2 und 3 wird auch für diese Verträge die Bindung an die Grundlohnsumme unbefristet aufgehoben.

Absatz 8 eröffnet den Krankenkassen oder ihren Verbänden die Möglichkeit, Versorgungsmodelle zu schaffen, die die Qualität und Struktur in der Versorgung mit Heilmitteln weiterentwickeln, indem sie mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landesebene Verträge hierzu abschließen. Die Verträge auf Bundesebene nach Satz 1 dürfen den Verträgen nach dem hiesigen Absatz nicht entgegenstehen.

Der Absatz 9 zur Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Physiotherapie entspricht dem bisherigen § 125 Absatz 2a.

Zu § 125a

Die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Blankoverordnung“ bezeichnete Versorgungsform wird mit § 125a für bestimmte Indikationen in die Regelversorgung überführt. Bei dieser Versorgungsform bestimmt der Leistungserbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten.

Absatz 1 weist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Aufgabe zu, bis zum 15. November 2020 einen Vertrag über die Versorgungsform der „Blankoverordnung“ zu schließen. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abzuschließen. Bei der Auswahl der Therapie darf der Heilmittelerbringer nur zwischen den Maßnahmen wählen, die der Heilmittelkatalog als Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die jeweilige Diagnosegruppe vorsieht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in den Prozess einzubeziehen. Ihr ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Hinsichtlich der Bestimmung der geeigneten Diagnosen und der Festlegung von Vorgaben, wann ein erneuter Arztkontakt erforderlich ist und wie der verordnende Arzt über die erfolgte Behandlung zu informieren ist, ist mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.

Die wesentlichen Inhalte, die der Vertrag nach Absatz 1 enthalten muss, sind in Absatz 2 dargelegt. So haben die Vertragspartner alle Indikationen festzulegen, für die die sogenannte „Blankoverordnung“ ausgestellt werden kann. Maßgeblich für diese Festlegung ist die Bewertung, ob sich die jeweilige Indikation unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für diese Versorgungsform eignet.

Weiterhin haben sich die Vertragspartner darauf zu verständigen, inwieweit bei der Durchführung dieser Versorgungsform von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden kann und inwieweit der Leistungserbringer auch die Dauer der jeweiligen Behandlungseinheit bestimmen kann und wie diese abzurechnen ist. Um dem Leistungserbringer eine Vergleichbarkeit seiner Behandlung mit anderen Fällen und Therapeuten zu ermöglichen, haben sich die Vertragspartner auf Richtwerte für die Versorgungsgestaltung zu einigen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise zu veröffentlichen hat. Diese Richtwerte stellen keine Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit dar, sondern sollen dem Leistungserbringer eine Orientierungshilfe für die Behandlung geben, indem dieser feststellen kann, ob er sich mit seiner Behandlung in einem durchschnittlichen Rahmen bewegt. So kann ein Richtwert beispielsweise die Anzahl der Behandlungseinheiten in Abhängigkeit zur jeweiligen Diagnose sein. Auch sind Vorgaben zur Information des Arztes über die Behandlung und zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes zu machen.

Die Leistungserbringer tragen durch die „Blankoverordnung“ die Verantwortung, dass keine medizinisch unbegründete Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten erfolgt. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss gewährleistet bleiben. Die Vertragspartner haben sich auf Maßnahmen zu verständigen, die einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung entgegenwirken sollen. Dies kann auch in Form von Vergütungsabschlägen

erfolgen, sofern es sich um eine deutliche Mengenausweitung der Behandlungseinheiten handelt. Die medizinische Notwendigkeit ist dabei jedoch das maßgebliche Prüfkriterium und stets im Einzelfall zu prüfen.

Sofern ein Vertrag nach Absatz 1 nicht zustande kommt, verweist der Absatz 3 auf die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6.

Durch den Absatz 4 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dazu verpflichtet, die Verträge zu veröffentlichen und diese auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Kenntnis zu geben.

Der Absatz 5 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, aufgrund der pseudonymisiert übermittelten Daten nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 eine Schnellinformation für die sogenannte „Blankoverordnung" sowie für die nach Absatz 2 zu vereinbarenden Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung einer Schnellinformation ist wichtig, um auch eine Übersicht über die Mengen- und Kostenentwicklung unter der „Blankoverordnung" zu erhalten. Die vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung müssen zwingend veröffentlicht werden, da sie den Leistungserbringern als Orientierungshilfe dienen sollen.

Die Versorgungsform nach § 125a ist nach Absatz 6 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der Heilmittel verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Mengenentwicklung und den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung erfolgt innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1. Für die Evaluierung haben die Vertragspartner einen externen Dritten zu beauftragen. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich Bericht zu erstatten.

Zu § 125b

In § 125b wird eine bundesweite Anpassung der Preise geregelt, die die Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen auf Bundesebene nach § 125 bildet. Zudem wird eine Übergangsregelung für den Zeitpunkt ab Inkrafttreten dieses Gesetzes bis zum Wirksamwerden des bundesweiten Vertrages am 1. Juli 2020 geschaffen.

Mit Absatz 1 wird sichergestellt, dass die bisherigen Verträge auf Landesebene bis zum Inkrafttreten des Vertrages nach § 125 Absatz 1 des jeweiligen Heilmittelbereichs oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle weitergelten. Dies betrifft insbesondere Verträge, deren vereinbarte Laufzeiten vorher enden. Die Fortgeltung findet unter der Maßgabe statt, dass ab dem 1. Juli 2019 die Preise nach Absatz 2 gelten. Zudem wird geregelt, dass alle laufenden Verträge mit Inkrafttreten des bundesweiten Vertrages enden, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Aufhebung von laufenden Verträgen ist verhältnismäßig. Zweck der Verlagerung der Vertragskompetenz auf die Bundesebene besteht darin, durch bundesweit einheitliche Regelungen zum Stichtag 1. Juli 2020 eine dauerhafte Gleichbehandlung aller Erbringer von Heilmittelleistungen zu gewährleisten. Dieser Zweck würde unterlaufen, wenn einzelne Verträge über diesen Zeitpunkt hinaus weiterlaufen würden.

Durch Absatz 2 wird die für die Verhandlungen auf Bundesebene notwendige Ausgangsbasis geschaffen, indem die bisher zwischen den Kassenarten und Vertragsregionen stark voneinander abweichenden Preise für Heilmittelleistungen vereinheitlicht werden. Zum 1. Juli 2019 werden die Preise für die einzelnen Leistungspositionen einmalig und bundeseinheitlich für alle Krankenkassen und Vertragsregionen auf den höchsten, in einer Vertragsregion des gesamten Bundesgebietes vereinbarten Preis angehoben. Dabei ist maßgeblich, dass der Preis bereits vertraglich vereinbart worden ist, auch wenn die Gültigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten sollte. Dadurch wird sichergestellt, dass im Zuge der Angleichung der Preise die Leistungserbringer auf keine bereits vereinbarten Preissteigerungen verzichten müssen. Um ein zügiges Verfahren zur Ermittlung der bundesweit geltenden Preise zu gewährleisten, haben sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene auf die geltenden Preise zu verständigen. Die Preise sind bis zum 30. Juni 2019 zu veröffentlichen und gelten mindestens bis zum 30. Juni 2020. Für die Anwendbarkeit der Preise ab dem 1. Juli 2019 (zum Beispiel ob das Datum der Verordnung oder das Datum der Behandlung maßgeblich ist) gelten die vertraglichen Regelungen.

Sollte eine Veröffentlichung der Preise nicht bis zum 30. Juni 2019 erfolgt sein, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Preise im Rahmen einer Ersatzvornahme festsetzen, um eine zügige Geltung der bundesweit einheitlichen Preise zu gewährleisten. Hierfür hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anforderung eine Aufstellung aller vereinbarten Preise an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.

Absatz 3 regelt, dass die Rahmenempfehlungen nach dem bisherigen § 125 Absatz 1 bis zum Inkrafttreten der Verträge nach dem neuen § 125 Absatz 1 oder bis zu einer Entscheidung durch die Schiedsstelle gelten, auch ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Zu Nummer 67b (§ 126)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 127 Absatz 1.

Zu Nummer 68 (§ 127)

Zu Buchstabe a

Um negativen Auswirkungen von Ausschreibungsverträgen der Krankenkassen auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung entgegen zu wirken, hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) den Krankenkassen und Leistungserbringern verschiedene Vorgaben zu einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten beim Abschluss von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung gemacht. Dazu gehören insbesondere das Verbot von Ausschreibungen bei Versorgungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil und die Vorgabe an die Krankenkassen, bei Hilfsmittelausschreibungen in den Leistungsbeschreibungen und bei den Vergabekriterien qualitative Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Zwischenzeitlich hat sich aber gezeigt, dass die praktische Umsetzung des Gesetzes vielfach nicht den Zielen des Gesetzgebers entspricht. Zu dem erhofften Qualitätswettbewerb im Rahmen von Ausschreibungen ist es nicht gekommen. Angesichts der nach wie vor bestehenden Risiken durch Ausschreibungen für die Versorgungsqualität wird die Ausschreibungsoption in § 127 Absatz 1 aufgehoben. Der Gesetzgeber ist unionsrechtlich nicht dazu verpflichtet, Beschaffungsvorgänge wettbewerblich auszugestalten (Artikel 168 Absatz 7 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union – AEUV), und kann daher ein sozialrechtliches Beschaffungsverfahren vorsehen, das nicht den formellen Vorgaben des Vergaberechts unterliegt. Die Krankenkassen haben künftig die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten grundsätzlich im Wege von Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen. Zudem können Krankenkassen weiterhin im Ausnahmefall Einzelvereinbarungen schließen, wenn der Aufwand für eine Vertragsanbahnung nach Absatz 1, etwa wegen des besonderen Versorgungsbedarfs eines Versicherten, wirtschaftlich nicht zweckmäßig wäre. Da die Ausschreibungsoption gestrichen wird, bedarf es auch keiner gemeinsamen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen mehr.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Absatzbezeichnungen infolge der Aufhebung der bisherigen Absätze 1 und 1a.

Zu Buchstabe c

Die Sätze 1 und 2 in Absatz 1 stellen klar, dass die Verträge zwischen den Vertragsparteien zu verhandeln sind. Die Ergänzungen in Absatz 1 dienen außerdem der Klarstellung, dass es sich bei der Vertragsoption nach Absatz 1 nicht um das sogenannte Open-House-Modell handelt, bei dem die Vertragsbedingungen einseitig durch die Krankenkasse festgesetzt werden. In der Vergangenheit wurde diese Norm bisweilen als Rechtsgrundlage für Open-House-Verträge herangezogen. Durch die Rechtsprechung wurde bereits festgestellt, dass bei Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit Vertragsverhandlungen ermöglicht werden müssen (Bundessozialgericht, Urteil vom 10. März 2010, Az: B 3 KR 26/08 R). Diese Rechtsprechung wird nun ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen. Demnach haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Die Sätze 3 bis 7 entsprechen dem bisherigen Recht.

Bei Verträgen nach Absatz 1 handelt es sich um keinen öffentlichen Auftrag, da die Krankenkassen keine Auswahlentscheidungen treffen. So können die Krankenkassen keinen Leistungserbringer von der Versorgung mit Hilfsmitteln ausschließen, da alle Leistungserbringer bereits geschlossenen Verträgen nach Absatz 1 beitreten können. Sie treffen auch keine Auswahlentscheidungen hinsichtlich bestimmter Leistungserbringer, mit denen sie Vertragsverhandlungen führen, da sie jedem Leistungserbringer Vertragsverhandlungen ermöglichen müssen. Im Gegensatz zu einem öffentlichen Auftrag ist die Anzahl der Vertragspartner nicht auf einen oder wenige exklusive Partner beschränkt. Demzufolge unterfallen die Verträge nach Absatz 1 nicht dem Vergaberecht. § 69 Absatz 3 bleibt in der Konsequenz unangewendet, da der Vierte Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nur anzuwenden ist, wenn es sich um die Vergabe eines öffentlichen Auftrages handelt. Bei Verträge nach Absatz 1

müssen jedoch die EU-rechtlichen Prinzipien der Gleichbehandlung, Nichtdiskriminierung und das Transparenzgebot beachtet werden.

Verträge, die auf Ausschreibungen nach dem nunmehr aufgehobenen Absatz 1 basieren, werden nach einer Übergangsfrist unwirksam. Auf diese Weise wird im Zusammenhang mit Ausschreibungsverträgen aufgetretenen Qualitätsdefiziten und Rechtsunsicherheiten entgegengewirkt. Aufgrund des Sicherstellungsauftrages der Krankenkassen sind diese dazu verpflichtet, Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln mit Leistungserbringern zu unterhalten und mithin nach Unwirksamkeit der Ausschreibungsverträge neue Rahmenverträge mit Leistungserbringern über die jeweiligen Hilfsmittelversorgungen zu schließen. Durch die Übergangsfrist haben die Krankenkassen ausreichend Zeit die Versorgung ihrer Versicherten auf eine neue vertragliche Grundlage zu stellen. Die Vertragspartner, die bis dahin auf der Grundlage von Ausschreibungen die Versicherten einer Krankenkasse mit Hilfsmitteln beliefert haben, können dies weiterhin auf der Grundlage von Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit tun.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass es sich bei der Möglichkeit, einem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 beizutreten, um ein Beitrittsrecht und nicht um eine Beitrittspflicht handelt. Die Krankenkassen können daher Vertragsverhandlungen nicht mit Verweis auf andere beitrittsfähige Leistungserbringerverträge ablehnen. Als Verhandlungsgrundlage kann hierbei ein bereits bestehender Leistungserbringervertrag dienen. Wird ein bestehender Vertrag im Rahmen von Vertragsverhandlungen mit einem weiteren Leistungserbringer angepasst, liegt ein neuer Vertragsschluss vor, auch wenn es sich nur um geringe Anpassungen handelt. Weitere Leistungserbringer können dem angepassten Vertrag oder dem ursprünglichen Vertrag beitreten.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.

Zu Buchstabe g

Die Formulierung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe h

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen Absatz 1a.

Zu Buchstabe i

Die Änderung in Absatz 9 ist eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von Absatz 1a. Anstelle der Verweisung auf die Regelung über das Schiedsverfahren, die bisher in Absatz 1a Satz 2 bis 4 geregelt war, wird diese Regelung nun direkt in Absatz 9 aufgenommen.

Zu Nummer 70 (§ 130a)

Zu Buchstabe a

Die Doppelbuchstaben aa und bb entsprechen den bisherigen Regelungen in Buchstabe a und c.

Der bisherige Buchstabe b wird gestrichen. Der zusätzliche Abschlag von 5 Prozent bei Impfstoffen und 10 Prozent bei Grippeimpfstoffen auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers wird aufgehoben. Dieser ist zwar grundsätzlich zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Jahr des Inkrafttretens geeignet, jedoch kann für die Folgejahre davon ausgegangen werden, dass der zusätzliche Abschlag durch den pharmazeutischen Unternehmer beim Herstellerabgabepreis berücksichtigt wird und sich damit in den folgenden Jahren keine Einsparungen ergeben. Die Ausweitung der Referenzstaaten auf die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und die Regelung, dass nur solche Staaten in die Referenzierung einbezogen werden,

in denen eine Abgabe des wirkstoffidentischen Impfstoffs tatsächlich erfolgt, wird bereits zu einer Erhöhung des Referenzabschlags und einer ausreichenden Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven führen. Ein darüber hinausgehender zusätzlicher Abschlag birgt grundsätzlich Risiken für die Impfstoffversorgung in Deutschland, da der Herstellerabgabepreis für Impfstoffe unter einen durchschnittlichen europäischen Referenzpreis mit der Folge sinken kann, dass die Produktionsplanung für Deutschland reduziert wird, die Versorgung im Jahresverlauf später erfolgt oder Hersteller sich ggf. aus dem deutschen Markt zurück ziehen. Zudem besteht die Gefahr des Exports von für den deutschen Markt bestimmten Impfstoffen in andere Staaten.

Zu Buchstabe b

Mit dem GKV-Arzneimittelstärkungsgesetz vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) wurde die Möglichkeit der Krankenkassen, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen Rabattverträge mit Herstellern zu schließen, abgeschafft. Es wird mit der Änderung klargestellt, dass Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i auch nicht Gegenstand von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 sein können. Die Klarstellung ist erforderlich geworden, nachdem es in der Praxis Bestrebungen einzelner Krankenkassen gab, vertragliche Regelungen über die Versorgung mit Impfstoffen zu treffen. Durch die Stärkung des Referenzabschlags nach § 130a Absatz 2 für zu Lasten der Krankenkassen abgegebene Impfstoffe für Schutzimpfungen werden zudem bereits hinreichende Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben.

Zu Nummer 73 (§ 132d)

Die Regelung wurde durch das PpSG bereits umgesetzt und ist daher hier zu streichen.

Zu Nummer 74 (§ 132e)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Aus Gründen der Vereinheitlichung wird die bisherige Regelung des § 20i Absatz 3 in § 132e Absatz 1 integriert. Die Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, sollen ebenfalls mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen schließen können (insoweit wird die bisherige Regelung in § 20i Absatz 3 Satz 3 in Absatz 1 überführt).

Der bisherige Verweis auf § 20i Absatz 1 und 2 kann entfallen, weil auch über solche Schutzimpfungen nach Absatz 3 – neu – (Kostenübernahme der Krankenkassen aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes) Verträge geschlossen werden können. Damit sind insbesondere Schutzimpfungen in Eilfällen (etwa in Fällen einer Pandemie) erfasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch den neuen Satz 3 wird § 20i Absatz 3 ersetzt und inhaltlich ergänzt.

Die Vertragspartner können wie bisher Regelungen zur Förderung von Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst vorsehen (Nummer 1).

Soweit die Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes – neu – von den Krankenkassen zu tragen sind, sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes (auch im Pandemiefall) vorzusehen (Nummer 2). Dies kann insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen, also unabhängig vom konkreten Einzelfall einer Schutzimpfung (ähnlich der Regelungen zum Sprechstundenbedarf) erfolgen. Andere Möglichkeiten eines vereinfachten Umsetzungsverfahrens sollen alternativ möglich bleiben.

Soweit die Kosten nach § 20 Absatz 5 Satz 3 und 4 des Infektionsschutzgesetzes – neu – von den Krankenkassen zu tragen sind und die Länder die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestreiten, sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Erstattung der Kosten nach § 69 Absatz 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes vorzusehen (Nummer 3). Dies kann insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) erfolgen. Andere Möglichkeiten eines vereinfachten Erstattungsverfahrens sollen alternativ möglich bleiben.

Im Gegensatz zur bisherigen Regelung in § 20i Absatz 3 Satz 4 handelt sich bei diesen Regelungen zur Vereinbarung von vereinfachten Möglichkeiten für die Abrechnung nicht mehr nur um Soll-Regelungen, sondern um Regelungen, die im Schiedsverfahren durchgesetzt werden können.

Nummer 4 ersetzt den bisherigen § 20i Absatz 3 Satz 2, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verbunden wäre.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der neue Satz 4 war um die Konstellation des § 20 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ergänzen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der neue Satz 7 war um die Konstellation einer schon bestehenden Rahmenvereinbarung nach § 20i Absatz 3 Satz 3 bisheriger Fassung zu ergänzen.

Zu Nummer 74 Buchstabe b (§ 132e Absatz 2)

Die bisherige Regelung in Nummer 74 wird gestrichen. Die Apothekenvergütung für die Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen wird in der Arzneimittelpreisverordnung geregelt.

Zur angemessenen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit saisonalen Grippeimpfstoffen ist eine frühzeitige Planung und ausreichende Bereitstellung von Impfstoffen erforderlich. Nach Satz 1 wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung daher verpflichtet den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres an das Paul-Ehrlich-Institut zu melden. Die Meldung soll aufgeschlüsselt nach Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Hierzu führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die erforderlichen Erhebungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen durch, die den Bedarf aufgrund der geplanten Bestellungen bei der einzelnen Vertragsärztin und dem einzelnen Vertragsarzt abrufen.

Nach Satz 2 prüft das Paul-Ehrlich-Institut den nach Satz 1 übermittelten Bedarf unter Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent bis zum 15. März eines Kalenderjahres im Vergleich zu den von Zulassungsinhabern von saisonalen Grippeimpfstoffen nach § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes mitgeteilten Daten über saisonale Grippeimpfstoffe. Mit dem GKV-Arzneimittelstärkungsgesetz vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) wurde § 29 Absatz 1d des Arzneimittelgesetzes um das Wort „insbesondere“ ergänzt. Ausweislich der Gesetzesbegründung gibt dies den zuständigen Bundesoberbehörden erweiterte Möglichkeiten, Daten zu erlangen, die zur Verhinderung von Lieferengpässen und zur Schaffung von mehr Transparenz für eine nachhaltige Versorgung der Patientinnen und Patienten relevant sind (vgl. BT-Drucksache 18/10208 zu Artikel 5 Nummer 2). Durch die Berücksichtigung einer zusätzlichen Reserve von 10 Prozent im Rahmen der Prüfung nach Satz 2 wird sichergestellt, dass auch im Fall einer höheren Nachfrage nach Impfungen durch die Versicherten keine Versorgungsengpässe entstehen. Dies ist wichtig, da eine Nachproduktion der nur für die jeweilige Impfsaison konzipierten saisonalen Grippeimpfstoffe nicht möglich ist. Die Prüfung erfolgt im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut. Nach Satz 4 teilt das Paul Ehrlich-Institut die Ergebnisse der Prüfung nach Satz 2 unverzüglich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Inhabern der Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen mit, damit diese überprüfen können, ob die zur Verfügung stehenden Mengen für die Versorgung in der bevor-stehenden Grippesaison ausreichend sind. Insgesamt dient die Regelung damit der Schaffung von mehr Trans-parenz hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung mit saisonalen Grippeimpfstoffen und damit insbesondere der Vermeidung von Lieferengpässen.

Zu Nummer 74a (§ 132g)

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristvorgabe, die die (erfolgte) erstmalige Vorlage eines Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase bis zum 31. Dezember 2017 vorsah. Die Berichtspflicht alle drei Jahre bleibt bestehen.

Zu Nummer 74b (§ 133)

Der Verweis muss aufgrund der in § 127 vorgenommenen Umstellung der dortigen Absätze angepasst werden.

Zu Nummer 75 (§ 134a)

Zu Buchstabe a

In der Vergangenheit war es für Frauen, die eine Hebamme für die Vor- und Nachsorge sowie Geburtshilfe suchten, in bestimmten Regionen teilweise schwierig, mit vertretbarem Aufwand eine Hebamme zu finden, die sich zur Übernahme der Betreuung bereit erklärt. Dabei hat sich gezeigt, dass in den bestehenden Hebammenverzeichnissen nur ein Teil der zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen aufgeführt sind und der Datenbestand, in dem gesucht wird, bei weitem nicht alle Hebammen erfasst, die für die Versorgung der Frauen zugelassen sind. Insofern können Frauen, die eine Hebamme suchen, nur auf eine unzureichende Informationsgrundlage zurückgreifen. Mit den Änderungen in § 134a soll dem überragend wichtigen Gemeinwohlinteresse, die Versorgung schwangerer Frauen sicherzustellen, Rechnung getragen und die Möglichkeit geschaffen werden, auch bisher nicht ausgeschöpfte Versorgungspotenziale zu nutzen. Mit der bereits jetzt im Hebammenhilfevertrag nach § 134a verankerten und für die Aufgabenerfüllung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) erforderlichen Vertragspartnerliste verfügt dieser über eine umfassende Datenbasis, in der sowohl die Daten der Hebammen enthalten sind, die Mitglied in einem Hebammenverband sind, als auch die Daten derjenigen, die dem Hebammenhilfevertrag beigetreten sind. Insofern konnte der GKV-Spitzenverband anfragenden Frauen schon mehrfach weiterhelfen, sofern die Hebammen, deren Kontaktdaten weitergegeben werden sollten, sich hierzu im Vorfeld einverstanden erklärt hatten.

Um die Frauen bei der Suche nach einer Hebamme zu unterstützen und alle verfügbaren Ressourcen der zugelassenen Hebammen ausschöpfen zu können, wird die bisher allein auf vertraglicher Grundlage basierende Vertragspartnerliste nunmehr gesetzlich verankert. Deshalb werden die bisherigen Mitteilungspflichten nunmehr auch in einer gesetzlichen Vorschrift, dem neuen § 134a Absatz 2a, geregelt. In Satz 1 wird im Wesentlichen der bisher vertragliche vereinbarte Inhalt der Vertragspartnerliste (Anlage 4.2 des Hebammenhilfevertrags) abgebildet und enumerativ aufgezählt. Insbesondere soll auch die Art der Tätigkeit (Schwangerenbetreuung, Wochenbettbetreuung, Geburten im häuslichen Umfeld, Beleggeburten, Kurse Geburt in hebammengeleiteten Einrichtungen/Praxis), die die Hebamme anbietet, angegeben werden, damit eine gezielte und effiziente Suche durchgeführt werden kann und Hebammen, die die nachgefragte Leistung nicht anbieten, von vornherein aus dem Kreis der in Frage kommenden Leistungserbringerinnen ausgeschieden werden.

Die bisher auf vertraglicher Grundlage praktizierten Datenübermittlungswege werden beibehalten. Dies bedeutet, dass die Daten der Hebammen, die Mitglied in einem Berufsverband sind, über den jeweiligen Verband an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden. Hebammen, die nicht Mitglied in einem Berufsverband sind und dem Hebammenhilfevertrag gemäß § 134a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 beigetreten sind, haben die Daten und Datenänderungen unmittelbar an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Hierdurch wird sichergestellt, dass es nicht zu Inkongruenzen in den Datensätzen des GKV-Spitzenverbands und der Hebammenverbände kommt.

Auch wenn der Hebammenhilfevertrag die Hebammen bereits dazu verpflichtet, Änderungen in ihren Verhältnissen (zum Beispiel Namensänderung, Änderung der Kontaktdaten, des Leistungsspektrums, Unterbrechung oder Aufgabe der Berufstätigkeit etc.) unverzüglich mitzuteilen, wurde dem bisher nur unzureichend nachgekommen. Um dieser Pflicht mehr Nachdruck zu verleihen, wird sie nunmehr auch explizit im Gesetz (s. Sätze 3 und 4) geregelt. Insofern obliegt es den Hebammen, dazu beitragen, dass die Aktualität der Daten und damit auch die Möglichkeiten der Versicherten, die ihnen zustehenden gesetzlichen Ansprüche zu realisieren, verbessert werden.

Weitere Einzelheiten über die Vertragspartnerliste und die Datenübermittlungen vereinbaren die Vertragspartner im Hebammenhilfevertrag. Satz 6 sieht vor, dass die Vertragspartner die Übermittlung weiterer Angaben, die über die Angaben nach Satz 2 hinausgehen, vereinbaren können, soweit dies für die Aufgabenerfüllung des GKV-Spitzenverbands erforderlich ist. Dies ist insbesondere erforderlich, um Folgeregelungen treffen zu können, die im Fall von Änderungen im Hebammenhilfevertrag notwendig werden können. Denn im Bereich der Hebammenhilfe ist – anders als zum Beispiel im ärztlichen Leistungsbereich, in dem es auch Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Bewertungsausschusses gibt – die gesamte Gestaltung des Leistungsbereichs (einschließlich des Leistungs- und Vergütungsverzeichnisses) in die Hände der Vertragspartner gelegt.

In Absatz 2b wird dem GKV-Spitzenverband ergänzend zu der vorrangigen Informationspflicht der Krankenkassen nach § 305 Absatz 1 die Aufgabe übertragen, auf der Grundlage der Vertragspartnerliste über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen zu informieren. Er hat auf seiner Internetseite ein elektronisches Programm zur Verfügung, mit dem Name und Kontaktdaten (Absatz 2 Nummer 3, 5 und 6) sowie das angebotene

Leistungsspektrum (Absatz 2 Nummer 7) und gegebenenfalls mitgeteilte freiwillig Angaben abgerufen werden können. Diese Daten ermöglichen eine gezielte Kontaktaufnahme mit denjenigen Hebammen, die auch die nachgefragten Leistungen erbringen. Die freiwilligen Angaben (zum Beispiel Erreichbarkeitszeiten, Tätigkeitsschwerpunkte, besondere Qualifikationen etc.) geben zusätzliche hilfreiche Informationen für die Auswahl der Hebammen, mit denen dann letztlich Kontakt aufgenommen wird.

Der GKV-Spitzenverband kann zusätzlich zu dem elektronischen Suchverzeichnis auf der Internetseite eine App zur Verfügung stellen.

Absatz 2c regelt die datenschutzrechtlichen Grundlagen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Absätzen 2a und 2b. Durch die Veröffentlichung der Daten der Hebammen ohne ihre Einwilligung werden keine Rechte der Hebammen verletzt. In der Güterabwägung zwischen dem Versorgungsinteresse der Frauen einerseits und dem Recht der Hebammen, ihre beruflichen Daten nicht ohne Einwilligung offenbaren zu müssen, kommt dem Versorgungsinteresse ein höheres Gewicht zu. Denn der Schutz von Leib und Leben ist ein wichtiges Gemeinschaftsgut, dem überragende Bedeutung zukommt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat sicherzustellen, dass den Versicherten die gesetzlich vorgesehen Leistungen auch zur Verfügung stehen. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die zur gesundheitlichen Versorgung von Versicherten zugelassen sind, ist es zumutbar, dass durch eine Veröffentlichung ihrer beruflichen Kontaktdaten ein schneller und unbürokratischer Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Der Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist auch verhältnismäßig. Denn dadurch, dass lediglich die von den Hebammen mitzuteilenden beruflichen Daten veröffentlicht werden und sie sich ohne großen Aufwand eine berufliche Telefonnummer und E-Mailadresse zulegen können, wird die berufliche Sphäre hinreichend von der Privatsphäre getrennt. Von einer Veröffentlichung der Adresse, die einen stärkeren Eingriff in die Rechte der Hebammen bedeuten würde, wurde bewusst abgesehen. Insofern hat der Gesetzgeber das mildeste Mittel zur Erreichung des angestrebten Zwecks (Gewährleistung eines unproblematischen schnellen Zugangs zur Hebammenversorgung) ergriffen.

Damit der GKV-Spitzenverband die ihm nach Absatz 2a und 2b übertragenen Aufgaben auch wahrnehmen kann, werden ihm in Absatz 2c die erforderlichen datenschutzrechtlichen Verarbeitungsbefugnisse eingeräumt. Er ist auch befugt und verpflichtet, den Krankenkassen für die Erfüllung ihrer Aufgaben die Angaben nach Absatz 2a in elektronisch lesbarer Form zu übermitteln.

Zu Buchstabe b

Buchstabe b übernimmt die bereits mit dem Gesetzentwurf vorgenommene Änderung des Absatzes 4.

Zu Nummer 76a (§ 136b)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 18. Mai 2017 den gesetzlichen Auftrag zur Auswahl von Leistungen oder Leistungsbereichen, zu denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen, erfüllt. Die Frist für diese Festlegungen ist damit überholt und wird aufgehoben. Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur besseren Verständlichkeit der Regelung zur Evaluierung der Qualitätsverträge.

Zu Nummer 76b (§ 136c)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 15. Dezember 2016 erste Festlegungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren getroffen. Die Frist für den Erstbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist damit überholt und wird aufgehoben.

Zu Nummer 76c (§ 137b)

Die Änderung passt den Gesetzestext an die Bestimmung des Begriffs „Verarbeitung“ nach Artikel 4 Nummer 2 der EU-Datenschutzgrundverordnung an, der inhaltlich auch die bisherige Übermittlung umfasst. Mit dem Begriff der Verarbeitung werden zudem weitere Schritte der Verarbeitung personenbezogener Daten erfasst. Dies ist sachgerecht und erforderlich, weil damit klargestellt wird, dass nicht nur für die Übermittlung der Daten an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), sondern auch für die Verarbeitung dieser Daten durch das IQTIG bei der Durchführung und Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses die Vorgaben des § 299 gelten. Diese Regelung ist von der Öffnungsklausel des Artikel 9 Absatz 4 der Verordnung (EU) 2016/679 gedeckt, die erlaubt, dass für die Verarbeitung von genetischen, biometrischen oder Gesundheitsdaten zusätzliche Bedingungen oder Beschränkungen eingeführt oder aufrechterhalten werden. Durch eine Klarstellung des § 299 Absatz 1 Satz 1 (siehe zu

Nummer 101 Buchstabe a) wird das IQTIG zudem als maßgeblicher Empfänger von Daten der Qualitätssicherung nunmehr ausdrücklich in den Kreis derjenigen einbezogen, die bei entsprechender Erforderlichkeit personen- und einrichtungsbezogene Daten für Zwecke der Qualitätssicherung verarbeiten dürfen.

Zu Nummer 78 (§ 137e)

Zu Buchstabe a

Bei den ergänzten Regelungen in Doppelbuchstabe aa handelt es sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises sowie um eine Anpassung an die Änderung in § 137e Absatz 5 (vgl. Buchstabe b). Die Korrektur des Verweises ist nötig, weil sich mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) durch die Einfügung von zwei Absätzen die Absatzzählung in § 6 der Bundespflegesatzverordnung geändert hat. Die Folgeänderung in Doppelbuchstabe bb aufgrund der Einführung einer einheitlichen sektoren-übergreifenden Konfliktlösung in § 89a wird ebenfalls an die Änderung in § 137e Absatz 5 (vgl. Buchstabe b) angepasst.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird eine Fristvorgabe geregelt für die Entscheidung von Medizinprodukteherstellern oder sonstigen Unternehmen, die als Anbieter einer zu erprobenden Methode betroffen sind, ob sie die mit diesem Gesetz neu eingeführte Möglichkeit einer eigenen Beauftragung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung wahrnehmen möchten. Die Frist ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) jeweils im konkreten Fall festzulegen. Sie darf einen Zeitraum von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Erprobungsrichtlinie nicht unterschreiten und kann als behördliche Frist nach § 26 Absatz 7 des Zehnten Buches durch den G-BA verlängert werden, wenn dies im Einzelfall angezeigt erscheint. Durch die Fristvorgabe werden die Unternehmen stärker in die Verantwortung genommen, eine abschließende Entscheidung zu treffen, ob sie die Beauftragung selbst vornehmen wollen oder nicht, und dies dem G-BA mitzuteilen. Das Verfahren wird damit stringenter organisiert. Nach Ablauf der Frist ohne entsprechende Mitteilung erfolgt die Beauftragung durch den G-BA. Damit wird sichergestellt, dass die Erprobung mit dem Ziel der Evidenzgenerierung zeitnah auf den Weg gebracht wird. Dies liegt im Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Versicherten.

Zu Buchstabe c

Die Regelungen für die Kostentragung hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einer Erprobung werden durch die Neufassung des Absatzes 6 grundlegend vereinfacht. Sie folgen künftig allein dem allgemeinen Prinzip „Wer bestellt, bezahlt.“ Die Kosten einer von einem Unternehmen nach Absatz 5 Satz 2 erfolgten Beauftragung trägt das Unternehmen. Beauftragt der G-BA die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung, trägt der G-BA auch die Kosten. Es finden dabei keine Differenzierungen nach der Größe des Unternehmens oder nach der ambulanten oder stationären Erbringung der Methode sowie keinerlei gegenseitige Kostenerstattungen statt. Damit entfallen entsprechende Ermittlungen und Prüfungen des G-BA. Aufwand und Komplexität werden abgebaut.

Zu Nummer 78a (§ 137f)

Mit der Anfügung eines neuen Absatz 8 wird die Integration digitaler medizinischer Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f gefördert.

In Satz 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich ausdrücklich vorgegeben, dass er die Aufnahme geeigneter digitaler Anwendungen in die in den Richtlinien nach Absatz 2 zu regelnden Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP zu prüfen hat. Dies gilt sowohl bei der Erstfassung von Vorgaben für neue DMP als auch im Rahmen der dem G-BA obliegenden Verpflichtung zur regelmäßigen Aktualisierung von bestehenden DMP-Vorgaben. Hier kommen zum Beispiel im Hinblick auf Anwendungen, die das Selbstmanagement chronisch Kranker verbessern sollen, künftig entsprechende Richtlinien-Vorgaben des G-BA an die Inhalte von Patientenschulungen in Betracht.

Durch Satz 2 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ein Stellungnahmerecht bei den Beschlüssen des G-BA zur Ausgestaltung der Richtlinien nach Absatz 2.

Satz 3 stellt klar, dass es zulässig ist, in den einzelnen Programmen der Kassen oder ihrer Landesverbände sowie den zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträgen den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen vorzusehen, auch wenn die DMP-Richtlinien des G-BA bisher noch keine entsprechenden Vorgaben enthalten.

Zu Nummer 79 (§ 137h)

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur fehlerhafter Verweise. Diese ist nötig, weil sich mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) die Absatzzählung in § 6 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) durch die Einfügung von zwei Absätzen geändert hat. Die übrigen Anpassungen des § 137h bleiben unverändert.

Zu Nummer 79a (§ 137i)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung in Absatz 3 Satz 4 erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Regelung in § 137j Absatz 3 zur Finanzierung der notwendigen Aufgaben, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben entstehen. Mit der vorgenommenen Anpassung wird in § 137i entsprechend der Regelung in § 137j geregelt, dass der Systemzuschlag infolge der Aufgabenübertragung an das Institut zu erhöhen ist, sofern die übertragenen Aufgaben eine Erhöhung des Zuschlags wegen tatsächlich entstandener Mehraufwendungen erfordern.

Zu Buchstabe b

Mit dem neuen Satz 2 werden die Regelungen zur Übermittlung von Daten, die zur Herstellung einer Datengrundlage im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen benötigt werden, an die Vorgaben zur Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems angepasst. Danach ist nunmehr die Nichtlieferung, die nicht vollständige Lieferung oder die nicht fristgerechte Übermittlung der Daten, die nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3a entwickelten Konzept für die Herstellung einer tragfähigen Datengrundlage zur Weiterentwicklung der Pflegpersonaluntergrenzen an das Institut zu übermitteln sind, mit der Erhebung von Vergütungsabschlägen auf Krankenhausebene sanktioniert. Die Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes benötigen die Informationen über die Pflichtverletzungen der Krankenhäuser, um die dafür vorgesehenen Vergütungsabschläge vorzusehen.

Zu Buchstabe c

Nach Absatz 3a hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen als Datengrundlage erforderlich sind, zu erarbeiten. Dabei sind in dem Konzept auch die Auswahl der Krankenhäuser und die von ihnen zu übermittelnden Daten festzulegen, soweit für die Herstellung der Datengrundlage nicht Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind. Diese nur von einer Auswahl an Krankenhäusern zu übermittelnden Daten sind für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen von grundlegender Bedeutung, da die danach aufbereiteten Daten über die gegenwärtige Pflegepersonalausstattung erst die Ableitung von konkreten Pflegepersonaluntergrenzen ermöglichen. Mit der Änderung des Absatzes 4c wird aus Gründen der Rechtssicherheit klargestellt, dass die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage auch für Rechtsbehelfe ausgeschlossen ist, die sich gegen das Auswahlergebnis des gesetzlich unmittelbar mit der Konkretisierung der Datenübermittlungspflicht nach Absatz 3a Satz 3 beliehenen Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und die damit einhergehende Verpflichtung zur entsprechenden Datenübermittlung wenden. Ein Zuwarten bis zur Entscheidung im verwaltungsgerichtlichen Verfahren kann vor dem Hintergrund des angestrebten Gesetzeszwecks, der in der Vorbereitung der fristgebundenen Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen besteht, nicht hingenommen werden.

Zu Buchstabe d

Der bisherigen Absatz 6 sah den Abschluss einer Rahmenvereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene über die Mehrkosten vor, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen. Vor dem Hintergrund der im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zur finanziellen Stärkung der Pflege getroffenen Maßnahmen – insbesondere die vollständige Finanzierung von zusätzlichen und aufgestockten Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung – ist die Notwendigkeit einer solchen Vereinbarung obsolet. Denn es ist nicht

ersichtlich, welche Mehrkosten den Krankenhäuser bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen könnten, da diese nicht von den Krankenhäusern zu tragen, sondern von den Kostenträgern zu refinanzieren sind. Als Folgeänderung der Aufhebung des Absatzes 6 wird der bisherige Absatz 7 zu Absatz 6.

Zu Nummer 80a (§ 140f)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuordnung der §§ 124 ff, da die Regelungen zu den Zulassungsempfehlungen und Rahmenempfehlungen, auf die in § 140f Absatz 1 Satz 1 verwiesen wird, gestrichen worden sind.

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von § 127 Absatz 1, 1a und 1b und den dadurch bedingten geänderten Absatzbezeichnungen in § 127.

Zu Nummer 80b (§ 142)

In der Überschrift zu § 142 wird der obsolete Verweis auf die Unterstützung der Konzertierten Aktion gestrichen.

Zu Nummer 83 (§ 197a)

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Fehlverhaltensstellen bei den Krankenkassen sowie ggf. bei deren Landesverbänden personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind. Hinweise auf berufsbezogenes Fehlverhalten von Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Psychologischen Psychotherapeuten/Psychologischen Psychotherapeutinnen sind nicht lediglich für die jeweiligen Kammern zwecks Prüfung berufsrechtlicher Konsequenzen relevant, sondern auch für die staatlichen Behörden, die über den Fortbestand der Approbation entscheiden. Im vertragsärztlichen Bereich sieht § 285 Absatz 3a Nummer 1 deshalb bereits eine dahingehende Übermittlungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Vergleichbare Befugnisse sollten auch den Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen eröffnet werden. Da diese nicht lediglich Informationen über vertragsärztliche Leistungserbringer erlangen, ist der Kreis der möglichen Empfänger hier weiter zu fassen. Zum einen existiert bei weiteren Heilberufen (zum Beispiel Apothekern) ein Nebeneinander von berufsständischen Kammern und Approbations- bzw. Zulassungsbehörden der Länder. Zum anderen sind die in Betracht kommenden Berufe (mit Ausnahme der Pflegeberufe in einigen Bundesländern) nicht verkammert, so dass Kontroll- und Sanktionsbefugnisse von staatlichen Behörden wahrgenommen werden. Es ist daher gerechtfertigt, in die Datenübermittlung alle Behörden mit einzubeziehen, die Entscheidungen über die Erlaubnis zur Ausübung eines Heilberufs treffen oder berufsrechtliche Verfahren durchführen.

Zu Nummer 85a (§ 219b)

Der grenzüberschreitende Austausch der Sozialversicherungsdaten im Rahmen der Verordnungen VO (EG) 883/2004 und VO (EG) 987/2009 erfolgt zukünftig elektronisch. Um die Kompatibilität zwischen den europäischen und nationalen Verfahren für den Datenaustausch einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen und betroffenen Sozialversicherungsträgern sicherzustellen, wird die bisherige Rechtsgrundlage zur Anwendung der auf europäische Ebene festgelegten strukturierten Dokumente für den Datenaustausch zwischen den Mitgliedstaaten um die Festlegung von Standards für den vor- und nachgelagerten nationalen Datenaustausch im automatisierten Verfahren erweitert.

Zu Nummer 85b (§ 219c)

Die Datenübermittlungspflicht der Krankenkassen und der anderen Träger der sozialen Sicherheit an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) nach § 219c wird aufgehoben. Mit der für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union verbindlichen Einführung des europäischen IT-Systems Elektronischer Austausch von Sozialversicherungsdaten (EESSI) besteht eine gemeinsame sichere Infrastruktur, über die der gesamte Datenaustausch zwischen den nationalen Sozialversicherungsträgern zu grenzübergreifenden Vorgängen abzuwickeln ist. Dabei ist vorgesehen, dass die Beschäftigungsstaaten über alle in ihrem Hoheitsgebiet erwerbstätigen Personen von den zuständigen Trägern der sozialen Sicherheit in einem automatisierten Verfahren informiert werden, wenn die Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedsstaates weiter gelten. Einer zusätzlichen Datenübermittlungspflicht der Krankenkassen an die DVKA bedarf es nicht.

Zu Nummer 85c (§ 221)

Es handelt sich um die Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Regelung zur Beteiligung des Bundes an den Einnahmen des Gesundheitsfonds für die Jahre 2014 bis 2017.

Zu Nummer 89a (§ 240)

Durch die rechtsbereinigende Streichung der Verweisung auf Absatz 4 Satz 1 oder Satz 2 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) eine einheitliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für alle freiwillig Versicherten festgelegt wurde, die in Absatz 4 Satz 1 geregelt ist. Absatz 4 Satz 2, in dem die besonderen Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für hauptberuflich Selbstständige geregelt waren, wurde gestrichen. Mit dem Verweis auf die jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage wird weiterhin klargestellt, dass für die Anwendung der Regelung die im relevanten Zeitraum geltende und in Bezug auf das Mitglied anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage maßgebend ist.

Zu Nummer 90a (§ 270)

Bei Krankenkassen, die die gesetzliche Vorgabe nach § 291a Absatz 5c Satz 4 nicht fristgemäß umgesetzt haben, werden die Zuweisungen des Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 um 2,5 Prozent gekürzt. Die Kürzung erfolgt auch für die Folgejahre so lange, bis die Krankenkasse der Verpflichtung, ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, zum 1. Januar eines Jahres nachkommt und dementsprechend der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für diese Krankenkasse keine Mitteilung nach § 291a Absatz 5c Satz 11 bzw. 12 an das Bundesversicherungsamt abgibt. Die Kürzung erfolgt mit voller Jahreswirkung und damit unabhängig davon, ob nach dem Stichtag 1. Januar die Krankenkasse die Verpflichtung erfüllt. Die Sanktionshöhe steigt auf 7,5 Prozent für die Krankenkassen, die zum 1. Januar 2022 oder später weiterhin keine elektronische Patientenakte nach § 291a Absatz 5c Satz 4 bereitstellen.

Etwaige Sanktionsbeträge werden erst nach der Neuberechnung der Zuweisungen für die standardisierten Verwaltungsausgaben und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen berechnet und von den entsprechenden Zuweisungen der Krankenkassen abgezogen. Dies führt dazu, dass die Sanktionsbeträge bei der Neuberechnung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach § 41 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 RSAV nicht berücksichtigt werden. Sie haben keine mindernde Wirkung bei der Berechnung. Die Berechnung erfolgt weiterhin auf Basis der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr. Bei der Neuermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 41 Absatz 2 RSAV für den Jahresausgleich, der im Jahr der Mitteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 11 und 12 erfolgt, wird für die Höhe der standardisierten Verwaltungsausgaben nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c entsprechend der Wert herangezogen, der sich ohne Sanktionsbetrag ergeben würde.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass das RSA-Zuweisungsvolumen um den gesamten Sanktionsbetrag verringert wird. Dieser wird nicht über angepasste Verwaltungsausgabenzuweisungen sowie die mitgliederbezogene Veränderung an alle Krankenkassen wieder ausgeschüttet, sondern fließt somit in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Das Bundesversicherungsamt teilt den Sanktionsbetrag den betroffenen Krankenkassen in einem Bescheid mit. Dies kann zum Beispiel im Rahmen des Jahresausgleichsbescheides erfolgen.

Zu Nummer 91 (§ 274)

Der Gesetzentwurf sieht bislang die Möglichkeit der Beauftragung externer Expertinnen und Experten im Rahmen der Prüfungen nach § 274 lediglich für das Bundesministerium für Gesundheit vor. Die Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Länder können jedoch gleichermaßen auf besondere Problemstellungen stoßen, die Spezialwissen erfordern und bei denen durch eine externe Bewertung des Prüfthemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist. Daher soll die entsprechende Befugnis auf sämtliche mit der Prüfung nach § 274 Absatz 1 befassten Stellen ausgedehnt werden.

Zudem erfordert das Prüfthema Informationstechnologie (insbesondere Datenschutz/Datensicherheit und Digitalisierung) aufgrund seiner Komplexität eine umfassende Qualifikation und Spezialwissen. Insofern ist es für die

Prüfdienste sinnvoll, auch zu diesem Thema die Unterstützung von externen Spezialisten in Anspruch nehmen zu können. Der Begriff IT-Berater ist nach deutschem Recht keine geschützte Berufsbezeichnung, so dass grundsätzlich Berater mit unterschiedlichen Studiengängen oder beruflichen Hintergründen in Betracht kommen. Bei der Auswahl der IT-Berater ist darauf zu achten, dass die betreffende Person eine anerkannte und geprüfte Qualifikation im Bereich der Informations- und Telekommunikationstechnik vorweisen kann.

Zu Nummer 92 (§ 275)

Buchstabe a entspricht dem Inhalt des Gesetzesentwurfs. Die Streichung des § 275 Absatz 1b durch Buchstabe b ist eine Folgeänderung der Aufhebung der arztbezogenen Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Zuge der Streichung der Zufälligkeitsprüfung in § 106a (vgl. Nummer 57).

Zu Nummer 92a (§ 276)

Den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) können mit den Neuregelungen in Artikel 1 Nummer 83 und Artikel 10 Nummer 6 (§ 197a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 47a des Elften Buches Sozialgesetzbuch) personenbezogene Daten von den bei den Kranken- und Pflegekassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen übermittelt werden, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich des MDK erforderlich ist. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungskontrollen durch die MDK nach § 275b, aber auch die Durchführung von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a.

Den genannten Übermittlungsbefugnissen an den MDK müssen korrespondierende Datenerhebungs- und -verarbeitungsbefugnisse des MDK gegenüberstehen. Mit der Neuregelung wird daher als technisch erforderliche Folgeänderung die bestehende Befugnis der MDK zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten in Satz 1 sowie zur Verarbeitung dieser Daten in Satz 3 um die Aufgaben der MDK nach § 275a und § 275b erweitert.

Zu Nummer 95 (§ 284)

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von § 127 Absatz 1, 1a und 1b und den dadurch bedingten geänderten Absatzbezeichnungen in § 127.

Zu Buchstabe e

Die Änderung ist lediglich technischer Natur und stellt eine durchgehende Nummerierung in § 284 Absatz 1 Satz 1 sicher.

Zu Nummer 95a (§ 285)

§ 285 Absatz 3 Satz 2 verweist auf ärztliche und zahnärztliche Stellen nach § 17a Röntgenverordnung und ärztliche Stellen nach § 83 Strahlenschutzverordnung. Diese Verordnungen werden durch die Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts aufgehoben und die entsprechende Materie wird nunmehr in der am 31. Dezember 2018 in Kraft getretenen neuen Strahlenschutzverordnung geregelt. Somit ist der Verweis in § 285 Absatz 3 Satz 2 an die neue Rechtslage anzupassen.

Zu Nummer 95b (§ 291)

Mit dieser Vorschrift werden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem 1. Dezember 2019 nur noch elektronische Gesundheitskarten auszugeben, die über eine kontaktlose Schnittstelle, nach der neuesten Version des internationalen Standards ISO/IEC 14443 verfügen und ferner mit mobilen Geräten mit Near Field Communication (NFC)-Schnittstelle nach Spezifikationen des NFC-Forums kompatibel sind. Derzeit erfolgt der vollständige routinemäßige Austausch der elektronischen Gesundheitskarte in einem Fünf-Jahresrhythmus, da nach fünf Jahren die erteilten Zertifikate der elektronischen Gesundheitskarte ablaufen. Neben dem routinemäßigen Austausch erhalten Versicherte, die ansonsten erst zu einem späteren Zeitpunkt eine neue Gesundheitskarte erhalten würden, einen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse auf sofortige Ausgabe einer Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle. Daneben ist es den Krankenkassen freigestellt, darüber hinaus die Einführung der elektronischen Gesundheitskarten mit kontaktloser Schnittstelle nach einem selbst gewählten Modus zu unterstützen, zum Beispiel durch den zeitnahen vollständigen Austausch für alle Versicherten.

Mithilfe der kontaktlosen Schnittstelle können die Versicherten in Zukunft die elektronische Gesundheitskarte mit einem mobilen Endgerät benutzen, ohne ein zusätzliches Kartenlesegerät verwenden zu müssen. Somit können sich die Versicherten in Verfahren zum Zugriff auf medizinische Daten mit einem mobilen Endgerät, gegenüber einer telemedizinischen Anwendung, einer Anwendung der Krankenkasse oder einer weiteren Anwendung der Telematikinfrastruktur leichter mit der elektronischen Gesundheitskarte authentifizieren.

Zusätzlich kann die kontaktlose Schnittstelle zukünftig auch für den Zugriff der Leistungserbringer verwendet werden.

Voraussetzung für die Nutzung der kontaktlosen Schnittstelle der elektronischen Gesundheitskarte ist ein entsprechendes mobiles Endgerät der Versicherten, das ebenfalls mit dieser Schnittstelle ausgestattet ist. Die bereits bestehende technische Zugriffsmöglichkeit über ein zusätzliches Kartenlesegerät wird durch die Verwendung dieser kontaktlosen Schnittstelle nicht eingeschränkt.

Neben der mit der vorliegenden Regelung eingeführten Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle wird die elektronische Gesundheitskarte weiterhin über eine kontaktbehaftete Schnittstelle verfügen. Diese ist zusätzlich erforderlich, solange die Lesegeräte der Leistungserbringer nur über eine kontaktbehaftete Schnittstelle verfügen.

Zu Nummer 96 (§ 291a)

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzung dient dem Zweck, dass die Krankenkassen die Verpflichtung, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten, fristgerecht umsetzen. Es wird ein Sanktionsmechanismus für Krankenkassen eingeführt, die zum 1. Januar 2021 ihren Versicherten keine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen. Hierzu stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, ob die oben genannte Frist nicht eingehalten wurde und erlässt für diesen Fall einen Bescheid an die Krankenkassen. Mit diesem Bescheid wird die Sanktion gegen die Krankenkasse verhängt. Er teilt dem Bundesversicherungsamt die Krankenkassen mit, die die Fristregelung verletzt haben und für die entsprechende Sanktionen umzusetzen sind. Haben Krankenkassen zum 1. Januar 2021 die oben genannte Frist nicht eingehalten, prüft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Folgejahr, ob die betroffenen Krankenkassen zum 1. Januar des Folgejahres ihre Verpflichtung erfüllt haben. Ist dies nicht der Fall, erfolgt erneut eine Meldung an das Bundesversicherungsamt zum 15. Januar des Folgejahres. Dieser Mechanismus erfolgt solange, bis alle Krankenkassen zum 1. Januar eines Jahres über eine elektronische Patientenakte nach Satz 4 verfügen. Der Sanktionsmechanismus wird über den neuen § 270 Absatz 3 geregelt und vom Bundesversicherungsamt durchgeführt.

Zu Buchstabe e

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere die Einführung medizinischer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur, soll zügig und konsequent umgesetzt werden. Hierzu sollen Entscheidungsprozesse in der Gesellschaft für Telematik effektiver als bisher gestaltet werden. Um dies zu erreichen, soll das Bundeministerium für Gesundheit den Entscheidungsprozess stärker mitgestalten. Daher wird der Eintritt der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Mehrheitsgesellschafter in die Gesellschaft für Telematik festgeschrieben.

Zu Nummer 97 (§ 291b)

Zu Buchstabe a

zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung dient dem Zweck, die semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Strukturierte elektronische Dokumente sollen von allen Leistungserbringern, den Versicherten sowie perspektivisch auch von der Versorgungsforschung gleich interpretiert und darüber hinaus maschinell verarbeitet werden können.

Die dafür notwendigen Aufgaben werden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen, die sowohl die übrigen in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen als auch die Gesellschaft für Telematik selber, die maßgeblichen fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, die Bundespsychotherapeutenkammer, die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, die

für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbände und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information einbeziehen muss. Die bereits für den elektronischen Medikationsplan und für die Notfalldaten getroffenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. Um ein transparentes, partizipatives und ergebnisorientiertes Verfahren bei der Herstellung des Benehmens sicherzustellen und zu gewährleisten, dass die Expertise aller Sektoren, unter anderem auch der Forschung und Wissenschaft sowie des stationären Bereichs einbezogen wird, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung spätestens vier Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Verfahrensordnung für die Herstellung des Benehmens zu erstellen. Sobald die Verfahrensordnung vorliegt, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb weiterer vier Wochen das Benehmen mit den nach Satz 7 zu Beteiligenden herzustellen. Um Verzögerungen zu vermeiden, kann die Gesellschaft für Telematik, orientiert an den Anforderungen des von ihr erarbeiteten jeweiligen Projektstands zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Erarbeitungsprioritäten und Fristen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 setzen. Für den Fall, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die ihr entsprechend dem jeweiligen Projektstand gesetzte Frist nicht einhält, kann die Gesellschaft für Telematik die Aufgabe nach Satz 7 der Deutschen Krankenhausgesellschaft übertragen. Das Verfahren nach Ablauf der der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesetzten Frist, wie zum Beispiel Vorlage der bis zum Fristablauf erarbeiteten Ergebnisse durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Fristsetzung für die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Einbeziehung der bereits getroffenen Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in die weiteren Arbeiten, Nutzung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 9 und 10 erstellten Verfahrensordnung, legt die Gesellschaft für Telematik fest. Bei der Festlegung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, hat diese ebenfalls die Vorgaben der Sätze 7 und 8 zu berücksichtigen. Ebenso wie die Entscheidungen der Gesellschaft für Telematik sind auch die Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder für den Fall, dass die Aufgabe auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft übergeht, deren Entscheidungen, für alle Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach dem SGB V verbindlich. Die Entscheidungen können allerdings durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in gleicher Sache ersetzt werden. Maßgeblich sind die im Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik festgelegten Stimmenanteile. Dadurch, dass keine Zustimmung der anderen Leistungserbringer erforderlich ist sondern nur die Möglichkeit besteht, Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch andere Entscheidungen in gleicher Sache zu ersetzen, wer-den Blockadesituationen von vorneherein vermieden. Die Festlegungen sind im Interoperabilitätsverzeichnis zu veröffentlichen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 7 entstandenen Kosten von der Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Diese können auch dafür verwendet werden, die fachliche Unterstützung durch die medizinischen Fachgesellschaften und die Bundesverbände der Pflege mit zu finanzieren. Das gleiche gilt für den Fall, dass die Aufgabe auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft übergeht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelungen in den bisherigen Sätzen 9 bis 14 enthalten Fristen, die in der Vergangenheit liegen und bei denen die entsprechenden Maßnahmen bereits durchgeführt wurden. Das gleiche gilt für die dort geregelten Sanktionen. Die Regelungen können daher entfallen.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die Frist zur Veröffentlichung der Festlegungen für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten an das Inkrafttreten dieses Gesetzes geknüpft.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift regelt die Anpassung des Gesellschaftsvertrages im Hinblick auf den Eintritt der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Die angestrebte Mehrheitsbeteiligung wird durch die Festlegung der Geschäftsanteile auf 51 Prozent sichergestellt. Die übrigen Geschäftsanteile werden entsprechend der bisherigen Verteilung der Geschäftsanteile hälftig auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer aufgeteilt. Darüber hinaus werden die Mehrheitserfordernisse für die Beschlussfassung durch die Gesellschafter geändert. Um zukünftig die Herbeiführung von Beschlüssen zu erleichtern und dadurch die Verfahren insgesamt zu beschleunigen, soll für Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik grundsätzlich die einfache Mehrheit der Stimmen ausreichen, sofern nicht zwingende gesetzliche Mehrheitserfordernisse dem entgegenstehen. Dies macht es möglich, auch all diejenigen Maßnahmen von Seiten der Gesellschaft für Telematik in die Wege zu leiten, die

für eine fristgerechte Zurverfügungstellung von elektronischen Patientenakten durch die Krankenkassen noch erforderlich sind. Da die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zukünftig Gesellschafter sein wird, kann die Vorschrift, die das Bundesministerium für Gesundheit bisher zur Teilnahme an Gesellschafterversammlungen berechtigte, entfallen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Da die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit zukünftig selber Gesellschafter sein wird, und in dieser Funktion die Mitglieder des Beirats berufen und an Sitzungen des Beirats teilnehmen kann, ist ein zusätzliches Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bei der Benennung der Beiratsmitglieder und ein gesondertes Teilnahmerecht an Sitzungen des Beirats nicht mehr erforderlich. Die Regelungen können daher entfallen.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Da die Gesellschaft für Telematik gegründet ist und sich auch zukünftig nicht mehr ohne Zustimmung der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit auflösen kann, kann die Regelung entfallen.

Zum bisherigen Buchstaben e

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Die Informationsrechte für das Bundesministerium für Gesundheit können entfallen, wenn die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik ist.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Das bisher dem Bundesministerium für Gesundheit zustehende Recht zur Beanstandung der Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik sowie zur Ersatzvornahme kann entfallen, wenn die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, Mehrheitsgesellschafter ist und an der Beschlussfassung unmittelbar beteiligt ist. Die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hatte bisher im Rahmen der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu Beschlüssen der Gesellschaft für Telematik. Dem entsprechend erhält der oder die Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme vor der Beschlussfassung, sofern Belange des Datenschutzes berührt sind. Gleiches gilt für das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, sofern Belange der Datensicherheit berührt sind. Die Regelung ergänzt darüber hinaus die bestehende Regelung, dass Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 4 Satz 3 für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich werden. Dazu gehören nicht die Apothekenkammern der Länder. Damit die Regelung auch für technische Werkzeuge in der Telematikinfrastruktur Anwendung findet, die im Apothekenbereich eingesetzt werden, ist die Erweiterung auf die Apothekerkammern der Länder für die Fälle erforderlich, für die es keine landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Bestimmungen gibt.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung unter Buchstabe d. Da die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit entfällt kann auch die Regelung zur Kostenerstattung hierfür entfallen.

Zu Buchstabe h

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 97a (§ 291c)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7.

Als Mehrheitsgesellschafter kann die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zukünftig verhindern, dass ein Beschlussvorschlag in der Gesellschafterversammlung oder in anderen Beschlussgremien der Gesellschaft für Telematik keine Mehrheit erhält. Die Vorschriften, die das Schlichtungsverfahren für diesen Fall regeln, können daher entfallen.

Zu Nummer 99 (§ 295)

Zu Buchstabe d

Zu Satz 5

Mit der Regelung im neuen Satz 5 wird klargestellt, für welche Leistungserbringer im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung und im Rahmen von Selektivverträgen die verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie die Prüfmaßstäbe Anwendung finden.

Zu Satz 7

Im Hinblick auf eine zunehmende sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation ist eine Harmonisierung der Kodierung insbesondere an der Schnittstelle des ambulanten und stationären Bereichs von hoher Bedeutung. Die Harmonisierung verfolgt das Ziel, dass vergleichbare Fälle unabhängig vom jeweiligen Leistungserbringer an der Schnittstelle auch gleich kodiert werden. Um eine zielgerichtete Harmonisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Schlüsseln sowie der Prüfmaßstäbe mit den Deutschen Kodierrichtlinien zu ermöglichen, soll daher die Deutsche Krankenhausgesellschaft stärker eingebunden werden. Die Vorgaben von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel sowie von Prüfmaßstäben als auch die jährliche Aktualisierung sollen daher im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft beschlossen werden, sofern Schlüssel wesentlich auch von Leistungserbringern nach Satz 5, mit Ausnahme von Leistungserbringern nach § 73b und § 140a, vergeben werden.

Zu Nummer 100a (§ 297)

Folgeänderungen der Streichung der Zufälligkeitsprüfungen von Amts wegen.

Zu Nummer 101a (§ 301)

Die Aufhebung des Satzes 3 dient der Rechtsbereinigung. In § 301 Absatz 5 Satz 3 wird die entsprechende Anwendung der Sätze 1 und 2 für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen vorgegeben. Dies stellte die Begleitregelung für einen im Rahmen eines früheren Gesetzgebungsverfahrens zunächst verfolgten, dann aber aufgegebenen Regelungsansatz zur Abrechnung wahlärztlicher Leistungen dar. Es wurde aber versäumt, diese Begleitregelung zu streichen.

Die Bezugnahme auf den Regelungsinhalt des Satzes 1 ist nicht erforderlich, weil die Verpflichtung der Krankenhausärzte zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen für wahlärztliche Leistungen bei ihren Krankenhausträgern bereits in § 17 Absatz 3 Satz 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes enthalten ist. Die entsprechende Anwendung des Satzes 2 für wahlärztliche Leistungen ist mangels Sachbezug der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Abrechnung wahlärztlicher Leistungen nicht erforderlich und kann entfallen.

Zu Nummer 102 (§ 305)

Der Verweis muss aufgrund der in § 127 vorgenommenen Umstellung der dortigen Absätze angepasst werden.

Zu Nummer 103 (§ 326)

Die Paragraphenbezeichnung wird angepasst.

Zu Absatz 1

Gemäß der Übergangsregelung in § 326 Absatz 1 Satz 2 finden die dort genannten Neuregelungen keine Anwendung auf Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes zugestimmt hat, so dass sie erst bei einer späteren Zustimmungsentscheidung Geltung beanspruchen. Der Änderungsantrag ergänzt dies um eine noch weitergehende Vertrauensschutzregelung, die derjenigen in § 121 SGB IV entspricht. Danach darf eine im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in einem bestehenden Vertrag bereits vereinbarte nicht beitragsorientierte Versorgungszusage für eine der betroffenen Personen abweichend von den neu eingeführten Vorgaben auch bei Abschluss eines neuen Vertrages insbesondere im Fall einer Wiederwahl zu den gleichen Bedingungen fortgeführt werden. Hiermit wird dem Grundsatz des Vertrauensschutzes Rechnung getragen. Zudem wäre die Wirtschaftlichkeit einer Umstellung der Versorgungszusage auf eine beitragsorientierte Form je nach bestehender Laufzeit der Versorgungsverträge und nach Alter der Vorstandsmitglieder auch für die Körperschaften nicht immer gegeben.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 49)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der redaktionellen Anpassung des Regelungsortes in Nummer 3. Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2 (§ 55)

Durch die Änderung wird die Bonusregelung zur Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz versichertenfreundlicher ausgestaltet. Bisher hat der Versicherte nur dann Anspruch auf einen weiteren Bonus über die vorhergehende Erhöhung hinaus, wenn er regelmäßig seine Zähne gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die vertragszahnärztliche Untersuchung ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Zukünftig soll in begründeten Ausnahmefällen ein einmaliges Versäumen einer Vorsorgeuntersuchung folgenlos bleiben.

Zu Nummer 2a (§ 73)

Die Regelung des § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 bezieht sich bereits auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und bestimmt, dass die Ausstellung von entsprechenden Bescheinigungen von der vertragsärztlichen Versorgung umfasst ist. Mit der Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten erhalten die Krankenkassen die bisher in Papierform gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten direkt von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen. Damit entfiele der Anspruch der Versicherten auf Ausstellung einer Bescheinigung, da die Krankenkassen die zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigten Informationen auf anderem Weg erhalten.

Mit der Änderung wird daher sichergestellt, dass Versicherte auch nach Einführung des einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten an die Krankenkassen eine Ausfertigung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten. Damit wird auch dem Informationsbedürfnis der Versicherten entsprochen, die an die Krankenkasse übermittelten Arbeitsunfähigkeitsdaten und insbesondere den festgestellten Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit auch zu einem späteren Zeitpunkt einfach nachvollziehen zu können. Zugleich bleibt sichergestellt, dass Versicherte sich den Zeitpunkt vergegenwärtigen können, zu dem sie sich erneut bei ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt vorstellen müssen, damit die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit rechtzeitig vor Fristablauf ärztlich festgestellt werden kann.

Die Ärztin oder der Arzt kann die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den Versicherten auch über bereits bestehende oder zukünftig entstehende Versichertenportale oder die elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen. Insoweit wird mit der Änderung auch gewährleistet, dass für die Versicherten weiterhin die Möglichkeit besteht, den Nachweis über die Arbeitsunfähigkeit an ihre Krankenkasse zu übermitteln.

Zu Nummer 3 (§ 295)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Regelungsortes. Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Artikel 3 (Änderung des § 11 des Bundesvertriebenengesetzes)

Zu Nummer 4

Zu Absatz 5

Die Leistungen an nach § 11 berechtigte Spätaussiedler werden künftig von der Krankenkasse erbracht, die der Berechtigte für eine spätere Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wählt. Wird eine

Wahl der Krankenkasse nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht getroffen, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 5

Zu Absatz 6

Der Text entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf zur Aufhebung des Absatzes 6.

Zu Nummer 6

Zu Absatz 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge der Abschaffung des Ersatzes der den Krankenkassen entstandenen Aufwendungen aus Mitteln des Bundes durch Artikel 3 Nummer 5.

Es sind Sachverhalte denkbar, in denen eine andere Krankenkasse die Leistungen nach § 11 erbringt als die Krankenkasse, bei der eine Versicherung zustande kommt (doppelte Kassenwahl – es gilt die zuletzt ausgesprochene Wahlerklärung). Für diesen Fall ist es erforderlich, die Anwendung des § 102 ff des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Erstattung der Krankenkassen untereinander zu regeln. Für den Erstattungsfall gilt § 103 SGB X analog.

Zu Nummer 7

Der Text entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf zur Aufhebung des Absatzes 7a.

Zu Artikel 6 (Änderung der Schiedsamtsverordnung)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur ersatzweisen Bestellung der Vertreter der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien durch die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde und zum Anrufungs- und Sitzungsteilnahmerecht des Bundesversicherungsamts in den Schiedsämtern und den sektorenübergreifenden Schiedsgremien.

Zu den Nummern 13 und 14 (§§ 12, 12a)

In den Neuregelungen zu den Schiedsämtern und den sektorenübergreifenden Schiedsgremien ist vorgesehen, dass die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter bestimmt, sofern eine Bestellung durch die beteiligten Organisationen nach Ablauf einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande gekommen ist. Die Schiedsamtsverordnung sieht in den neuen § 12 Absatz 1 und § 12a Satz 1 bislang jedoch nur eine Kostentragungsregel für den Fall vor, dass die Organisationen ihre Vertreter selbst bestellen. Vor diesem Hintergrund ist zu regeln, dass die Organisationen die Kosten der Vertreter auch dann selbst tragen, wenn diese von der Aufsichtsbehörde bestellt werden.

Zu Nummer 18 (§ 16)

Sofern dem Bundesversicherungsamt das Recht zur Sitzungsteilnahme in den Schiedsämtern oder in den sektorenübergreifenden Schiedsgremien zusteht, ist neben den für die Schiedsämter oder Schiedsgremien zuständigen Aufsichtsbehörden auch das Bundesversicherungsamt zu den Sitzungen der Schiedsämter oder Schiedsgremien einzuladen.

Zu Artikel 7 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 35a)

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Die Änderungen des § 35a Absatz 6a erfolgen in Reaktion auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 20. März 2018 (Az. B 1 A 1/17 R). Nach den Ausführungen des BSG sind die Aufsichtsbehörden gehalten, die Ermessenskriterien für ihre Entscheidung über die Zustimmung zu Vorstandsdienstverträgen in allgemeinen Verwaltungsvorschriften festzulegen, um eine gleichmäßige Ermessensausübung zu gewähren, die Rechtskonkretisierung der Krankenkassen zu strukturieren und eine nachhaltige präventive Wirkung zu erzielen. Das Gericht hat zudem zur Auslegung des Gebots der relativen Vergütungsangemessenheit nach Satz 2 und 3 Stellung genommen: Dem Urteil zufolge sind in die Prüfung der Angemessenheit sämtliche Vergütungsbestandteile mit einzubeziehen. Das gesetzliche Kriterium des „Aufgabenbereichs“ ist nach dem BSG nicht auf die Körperschaft zu beziehen, sondern meint den Aufgabenumfang des einzelnen Vorstandsmitglieds, während das Kriterium der „Größe“ das Verhältnis zwischen tatsächlicher Zahl und gesetzlich zulässiger Höchstzahl der Vorstandsmitglieder bezeichnet.

Mit den Gesetzesänderungen wird das Auslegungsergebnis des BSG in Teilen übernommen, jedoch insoweit angepasst, als das Kriterium des Aufgabenbereichs künftig entfallen soll. Darüber hinaus werden Konkretisierungen hinsichtlich der Anrechnung von Nebentätigkeiten und Vereinbarungen zur Zukunftssicherung vorgenommen, die sich im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Vorstandsdienstverträgen als notwendig herausgestellt haben.

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 2 wird im Einklang mit der BSG-Rechtsprechung klargestellt, dass bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung nicht nur auf die Grundvergütung, sondern auf die sog. Gesamtvergütung, die aus der Vergütung einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen besteht, abzustellen ist.

Für die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung soll das Kriterium des Aufgabenbereichs gestrichen werden. Das BSG hat dieses Kriterium in seiner oben genannten Entscheidung auf die einzelnen Aufgaben des Vorstandsmitglieds bezogen. Der Aufgabenbereich sei zwingender Parameter der relativen Vergütungsangemessenheit, wobei es den Aufsichtsbehörden überlassen bleibe, für seine Berücksichtigung etwa eigenständige Untergruppen im Rahmen der Größenklassen der Krankenkassen zu bilden oder zum Beispiel ausgehend vom Regelfall für Abweichungen pauschalierende Zu- und Abschläge vorzusehen. Die Handhabung dieses Kriteriums erweist sich in der aufsichtsbehördlichen Praxis jedoch als äußerst problematisch. Im Regelfall dürften die Vorstandsaufgaben zwischen den Mitgliedern gleichmäßig aufgeteilt werden, so dass eine höhere Vergütung allenfalls für die mit der Übernahme des Vorstandsvorsitzes einhergehende höhere Verantwortung gerechtfertigt erscheinen kann. Hingegen lassen sich in Verwaltungsvorschriften kaum geeignete abstrakte Maßstäbe benennen, um Ressortzuschnitte verschiedener Vorstandsmitglieder quantitativ zueinander ins Verhältnis zu setzen oder einzelnen Ressortzuständigkeiten einen bestimmten monetären Wert zuzuschreiben. Die vom BSG verlangte Vorabfestlegung gesetzeskonkretisierender Richtlinien ist im Hinblick auf den Aufgabenbereich der Vorstandsmitglieder nicht sachgerecht zu bewerkstelligen. Künftig soll dieser daher kein zwingender Parameter der relativen Vergütungsangemessenheit mehr sein. Dies schließt es allerdings nicht aus, im Einzelfall besonders auffällige Unterschiede hinsichtlich der Aufgabenbereiche für die Angemessenheit der Vergütung zu berücksichtigen.

Das entscheidende Angemessenheitskriterium soll auch in Zukunft die Bedeutung der Körperschaft sein. Insoweit stellt die Neuregelung klar, dass sich diese Bedeutung nach der Zahl der Versicherten der betreffenden Krankenkasse bemisst. Das BSG hat in seiner oben genannten Entscheidung bereits die bisherige Regelung, welche von „Mitgliedern“ spricht, zutreffend in diesem Sinne ausgelegt. Als weiteres wichtiges Kriterium ist nach Satz 3 daneben die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Ist der Vorstand mit weniger Mitgliedern besetzt als nach § 35a Absatz 4 Satz 1 maximal zulässig, kann die Vergütung des einzelnen Vorstandsmitglieds höher ausfallen als in dem Fall, dass diese Höchstgrenze erreicht wird. Neben diesen gesetzlich festgelegten Kriterien können im Rahmen der Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde im Einzelfall weitere besondere Aspekte bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Angemessenheit der Vergütung kann nicht isoliert von dem zulässigen Umfang einer Nebentätigkeit, die mit dem Amt zusammenhängt, betrachtet werden. In Satz 4 wird daher klargestellt, dass Zuwendungen, die dem Vorstandsmitglied in Zusammenhang mit der Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, bei der Gestaltung der Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind: Der Vorstandsdienstvertrag muss eine Regelung vorsehen,

wonach solche Einnahmen entweder bei der Auszahlung der Vergütung angerechnet werden oder diese an die Körperschaft abzuführen sind. Die konkrete vertragliche Ausgestaltung der Anrechnungspflicht obliegt der Körperschaft.

Vereinbarungen zur Zukunftssicherung sollen nach Satz 5 zukünftig nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen möglich sein. Eine solche Vereinbarung liegt vor, wenn dem Vorstandsmitglied Leistungen zur Absicherung mindestens eines biometrischen Risikos (zum Beispiel Alter, Tod, Krankheit, Invalidität) zugesagt werden. Die Ansprüche werden mit Eintritt des biologischen Ereignisses fällig. Einzelvertraglich vereinbarte Direktzusagen führten in der Vergangenheit zu intransparenten Vergünstigungen bei der Vorstandsvergütung. Vereinbarungen zugunsten einer Altersvorsorge beziehungsweise sonstiger Zukunftssicherungsleistungen stellen einen monetären Vorteil für das Vorstandsmitglied dar und sind daher ein Bestandteil der Vorstandsvergütung. Bei Direktzusagen ist dieser monetäre Aufwand bezogen auf die Dauer der Amtszeit jedoch nur prospektiv erfassbar anhand eines versicherungsmathematischen Gutachtens. Die tatsächlichen Kosten für die Körperschaft sind dagegen im Voraus nicht quantifizierbar. Zur Vermeidung nicht vorhersehbarer finanzieller Risiken und zur Erhöhung der Transparenz und Vergleichbarkeit der Vorstandsvergütungen sollen daher zukünftig nur noch Zusagen getroffen werden können, die sich über einen Beitrag während der Amtszeit finanzieren.

Zu Nummer 2 (§ 121)

Die Übergangsregelung in § 121 stellt klar, dass § 35a Absatz 6a Satz 4 und 5 erst bei einer Zustimmungsentscheidung nach Inkrafttreten der Regelung Anwendung findet. Darüber hinaus darf eine im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in einem bestehenden Vertrag bereits vereinbarte nicht beitragsorientierte Versorgungszusage für ein Vorstandsmitglied abweichend von Satz 5 auch bei Abschluss eines neuen Vertrages insbesondere im Fall einer Wiederwahl zu den gleichen Bedingungen fortgeführt werden. Hiermit wird dem Grundsatz des Vertrauensschutzes Rechnung getragen. Zudem wäre die Wirtschaftlichkeit einer Umstellung der Versorgungszusage auf eine beitragsorientierte Form je nach bestehender Laufzeit der Versorgungsverträge und nach Alter der Vorstandsmitglieder auch für die Körperschaften nicht immer gegeben.

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 6 (§ 47a)

Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 4

Gemäß § 9 sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder sollen die durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung bei der Sozialhilfe eingesparten Finanzmittel zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen einsetzen. Gewährt ein Land eine Förderung im Sinne des § 9, ist die rechtmäßige Verwendung der Fördermittel sicherzustellen. Je nach Ausgestaltung des Landesrechts bedarf es für die wirkungsvolle Bekämpfung von Leistungsmissbrauch eines Datenaustausches zwischen den in § 47a Absatz 1 Satz 2 genannten Stellen und den Stellen, die für die Förderung zuständig sind. Die Einbeziehung derjenigen Stellen, die für eine Förderung nach § 9 zuständig sind, in den Kreis der zum Empfang personenbezogener Daten berechtigten Stellen ist daher sachgerecht.

Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 6

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Fehlverhaltensstellen bei den Pflegekassen sowie gegebenenfalls bei deren Landesverbänden personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind. Bei den von den Fehlverhaltensstellen registrierten Fällen geht es typischerweise um Tatsachen, die für den Rücknahme- beziehungsweise Widerrufstatbestand der Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Pflegeberufs gemäß § 2 des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege beziehungsweise (mit Wirkung zum 1. Januar 2020) gemäß § 3 des Gesetzes über die Pflegeberufe von Belang sind. Gleiches gilt für die Ruhensvorschrift bei Einleitung eines Strafverfahrens wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich die Unzuverlässigkeit zur Berufsausübung ergeben würde. Die zuständigen Behörden der Länder sind zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf die Übermittlung

personenbezogener Daten durch die Fehlverhaltensstellen bei den Pflegekassen sowie gegebenenfalls bei deren Landesverbänden angewiesen.

Zu Nummer 8 (§ 72)

Zusätzlich zur bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Änderung in Buchstabe a wird in Buchstabe b die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung, auf Anforderung des Pflegebedürftigen einen Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 durchzuführen, begrifflich korrekt auf Beratungseinsätze angepasst, welche nach der Änderung in Artikel 10 Nummer 5 (§ 37 Absatz 9) nicht durch Betreuungsdienste durchgeführt werden dürfen.

Zu Artikel 12 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Es wird geregelt, dass die Preise und Preisspannen nach der Arzneimittelpreisverordnung zur Anwendung kommen, wenn es sich um die Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte handelt. Für saisonale Grippeimpfstoffe haben die pharmazeutischen Unternehmer nach § 78 Absatz 3 Satz1 des Arzneimittelgesetzes einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen, auf den die Zuschläge der Arzneimittelpreisverordnung zu erheben sind. Von den zwingenden Regelungen der Arzneimittelpreisverordnung abweichende Vereinbarungen sind nicht zulässig.

Zu Nummer 2 (§ 2)

Die Regelung entspricht der bisherigen Regelung in Artikel 12.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Bei der Abgabe von saisonalen Grippeimpfstoffen an Ärzte durch die Apotheken sind ein Festzuschlag von 1 Euro je Einzeldosis, höchstens jedoch 75 Euro je Verordnungszeile, sowie die Umsatzsteuer zu erheben. Eine Apothekenvergütung in dieser Höhe und die Festlegung einer Obergrenze ist angemessen, da es sich nicht um die Abgabe an Versicherte, sondern an Ärztinnen und Ärzte handelt, bei der Beratungsleistungen durch die Apotheke nicht erforderlich sind. Auch der logistische Aufwand der Apotheken wird ausreichend berücksichtigt.

Zu Artikel 12a (Änderung des Apothekengesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 19)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird das geltende Recht beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmung des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) angepasst.

Nach Artikel 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) a. F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem BDSG a. F.. Das Begriffspaar „verarbeiten und nutzen“ sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem Regelungskontext und dem eindeutigen Wortlaut des § 19 Absatz 3 Satz 5 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von an den Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) bereits übermittelten Daten handelt. Diese Daten werden dem DAV von Rechenzentren, die die Apotheken für die Abrechnung mit den Krankenkassen in Anspruch nehmen, nach § 19 Absatz 3 Satz 1 oder durch die Apotheken selbst nach § 19 Absatz 3 Satz 2 übermittelt. Nur auf diese Daten bezieht sich im Sinne der sogenannten Doppeltür-Theorie die im weiten Begriff der Verarbeitung im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 enthaltene Erhebungsbefugnis. Weitergehende Erhebungsbefugnisse werden für den DAV durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung nicht geschaffen.

Zu Buchstabe b

Die dem DAV von den Rechenzentren nach § 19 Absatz 3 Satz 1 oder von den Apotheken nach § 19 Absatz 3 Satz 2 übermittelten Daten zur Anzahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel können eine wichtige Grundlage für etwaige gesetzgeberische Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch öffentliche Apotheken sein. Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird daher der Zugriff auf diese Daten ermöglicht.

Zu Nummer 2 (§§ 20a, 20b)

Durch den neu gefassten § 20a kann das BMG dem DAV weitere Aufgaben durch Verwaltungsakt übertragen. Diese Aufgaben können sich aus Gesetz oder aus Vereinbarungen des DAV, zum Beispiel mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, ergeben und müssen einen Bezug zum Apothekenhonorar aufweisen. So kann beispielsweise eine Abwicklung der Refinanzierung der Kosten für die Herstellung und den Betrieb der Telematikinfrastruktur durch den DAV erfolgen.

Durch die Regelung in Absatz 3 Satz 4 wird sichergestellt, dass der DAV die bereits beim Notdienstfonds zur Auszahlung des pauschalen Zuschusses nach § 20 vorhandenen genannten Daten auch für die Wahrnehmung der ihm übertragenen weiteren Aufgaben verwenden darf. Hauptsächlich geht es um die aktuellen sogenannten Stammdaten der Apotheken (zum Beispiel Apothekenleiter und Betriebsstätten sowie die Kontakt- und Bankdaten). Erforderlichenfalls darf auch die Anzahl der abgegebenen Packungen verwendet werden. Diese ist beispielsweise für die Mehrausstattung mit stationären Kartenterminals im Rahmen des Aufbaus der Telematikinfrastruktur maßgeblich. Die Verwendung der Daten muss für die neu übertragenen Aufgaben erforderlich sein.

§ 20b regelt die Haftung des DAV gegenüber der Bundesrepublik Deutschland für die bereits bestehenden und die neu hinzukommenden Aufgaben.

Zu Artikel 13 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Zu Nummer 3 (§ 28)

Es erfolgt eine redaktionelle Klarstellung entsprechend der Regelungen in § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3, dass es sich bei den von der Bundeszahnärztekammer veröffentlichten Stand der Erkenntnisse der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik handelt, und nicht der medizinischen Wissenschaft und Technik. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Zu Artikel 14a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Hebammen und Entbindungspfleger leisten in Krankenhäusern, in denen in Deutschland 98 Prozent der Kinder zur Welt kommen, auch am Wochenende und in der Nacht unersetzliche Arbeit. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Um die Attraktivität des Berufes der Hebammen und der Entbindungspfleger zu stärken und Anreize zur Aufnahme einer Vollzeittätigkeit zu schaffen, werden finanzielle Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen und Entbindungspfleger durch die Krankenkassen eingeführt. Hierbei sollen nicht nur zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten geschaffen werden, sondern auch die „besonderen Betreuungsbedarfe“ rund um die Uhr jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kindertagesstätten abgedeckt werden.

Zu Nummer 2 (§ 21)

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals wurde die Datenstelle, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragen wird, ab dem 1. Januar 2019 dauerhaft mit der datentechnischen Weiterentwicklung der Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 1 beauftragt. Diese Weiterentwicklung ist im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik vorzunehmen. Zuvor war die entsprechende Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffen, wobei auch eine Entscheidung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Kranken-

hausfinanzierungsgesetzes vorgesehen war, sofern die Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kam. Einer Entscheidung durch die Schiedsstelle bedarf es durch die neue Aufgabenzuweisung nicht mehr. Es handelt sich insoweit um Rechtsbereinigungen beziehungsweise um Korrekturen fehlerhafter Verweise.

Zu Artikel 14b (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 19)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Nummer 3 Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient der Klarstellung, dass immer dann, wenn die betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für diese Leistungen hätte (privat Krankenversicherte), dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet ist, auch wenn der öffentliche Gesundheitsdienst die Aufgaben wahrnimmt. Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Eine Kostentragung der betroffenen Person selbst soll künftig nicht mehr eintreten (wie bei Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 5 Satz 1 IfSG).

Zu Nummer 2 (§ 20)

Mit dem neuen Satz 2 soll klargestellt werden, dass mit den Maßnahmen nach Satz 1 auch Dritte beauftragt werden können und das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes hier nicht selbst tätig werden muss.

Der neue Satz 3 dient der Klarstellung, dass immer dann, wenn die betroffene Person gegen einen anderen Kostenträger einen Anspruch auf entsprechende Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Auf-wendungen für entsprechende Leistungen hätte (privat Krankenversicherte), dieser zur Tragung der Sachkosten verpflichtet ist, auch wenn der öffentliche Gesundheitsdienst die Aufgaben wahrnimmt. Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten.

Soweit Dritte nach Satz 2 beauftragt wurden, ist der andere Kostenträger auch zur Tragung dieser Kosten (Beauftragungskosten) verpflichtet, soweit diese angemessen sind (Satz 4).

Zu Nummer 3 (§ 69)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung soll einer vereinheitlichten Terminologie dienen. Jeder Dritte ist auch ein anderer Kostenträger.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung aus den Änderungen in Nummer 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bereits mit der durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vorgenommenen Änderungen des § 69 Absatz 1 Nummer 8 bzw. Nummer 11 hat der Gesetzgeber bewusst die staatliche Kostentragung auf zu erduldende staatliche Untersuchungen beschränkt (BT-Drucks. 18/10938, S. 75) und nicht auf privat einzuholende ärztliche Zeugnisse erstreckt. Mit diesem Änderungsantrag werden die Regelungen genau bezeichnet, nach denen bestimmte Personen verspflichtet sind, ärztliche Untersuchungen zu dulden.

Zu Buchstabe b

Die Regelung legt fest, dass immer dann, wenn die von einer Maßnahme nach Satz 1 betroffene Person selbst oder ein anderer Kostenträger zur Tragung der Kosten für die Maßnahme verpflichtet ist oder solange dies noch nicht feststeht, die entsprechenden Kosten auch vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestritten werden können. In diesem Fall ist der eigentliche Kostenträger (die betroffene Person oder ein dritter Kostenträger) jedoch zur Erstattung verpflichtet.

Zu Artikel 15 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 3a (§ 24)

Zu Buchstabe a

Voraussetzung für die Genehmigung einer Zweigpraxis ist nach § 24 Absatz 3 Nummer 1, dass die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert wird. In der praktischen Umsetzung dieser Regelung bestehen Unsicherheiten, ob auch in Fällen, in denen eine Zweigpraxis nicht neu errichtet wird, sondern eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt die Zulassung in ein medizinisches Versorgungszentrum oder in eine Vertragsarztpraxis einbringt (§ 103 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 4b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) und die vormalige Praxis am gleichen Standort als Zweigpraxis weiterführt, eine Verbesserung der Versorgung vorliegen kann. Dies wird teilweise mit der Begründung verneint, dass bisher schon eine Praxis vorhanden gewesen sei, weshalb in der bloßen Fortführung der Praxis keine Verbesserung liegen würde. Mit der Änderung wird daher klargestellt, dass eine Versorgungsverbesserung auch darin bestehen kann, dass eine bereits vorhandene Praxis als Zweigpraxis weitergeführt wird. So ist es für die Versorgung der Patientinnen und Patienten beispielsweise besser, wenn eine Praxis am gleichen Standort als Zweigpraxis fortgeführt wird, als dass der Praxisstandort ggf. ganz aufgegeben wird. Die Änderung korrespondiert mit den im neuen § 103 Absatz 4a Satz 3 und Absatz 4b Satz 3 SGB V enthaltenen klarstellenden Regelungen, nach denen eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt, die bzw. der sich bei einem medizinischen Versorgungszentrum oder bei einer anderen Vertragsärztin oder einem anderen Vertragsarzt anstellen lässt, an dem bisherigen Sitz weiter tätig sein kann, auch wenn der Sitz des Anstellenden in einem anderen Planungsbereich liegt.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um Folgeänderungen zu dem unter Buchstabe a eingefügten neuen Satz 4.

Zu Artikel 15a (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Die Änderungen entsprechen den für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorgesehenen Änderungen in § 24 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Auch für den zahnärztlichen Bereich wird somit klargestellt, dass eine Versorgungsverbesserung auch darin bestehen kann, wenn eine bereits vorhandene Praxis als Zweigpraxis weitergeführt wird.

Zu Artikel 15b (Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung)

Die Änderung ermöglicht die Festsetzung einer pauschalen Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen für die stellvertretenden Vorsitzenden der Landesausschüsse und der erweiterten Landesausschüsse. Bislang ist die pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen lediglich für die Vorsitzenden der Landesausschüsse und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesausschüsse vorgesehen (§ 10 Satz 1). Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats. Sie trägt der wachsenden versorgungspolitischen Bedeutung der Landesausschüsse Rechnung und ermöglicht eine angemessene Arbeitsteilung zwischen den Vorsitzenden und ihren Stellvertretern. Dadurch wird sichergestellt, dass die Stellvertreter der Vorsitzenden die ihnen übertragenen Aufgaben, etwa Beratung der Vorsitzenden und Sitzungsleitung, qualifiziert ausüben können. Mit der Änderung erfolgt eine Angleichung an die für den Gemeinsamen Bundesausschuss geltende Regelung, wonach die Stellvertreter des oder der Vorsitzenden ebenfalls eine pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen erhalten (vgl. § 10 Satz 2). Die Änderung ist unmittelbar durch Änderungen im Gesetzesrecht veranlasst, da der Gesetzentwurf das Aufgabenspektrum der Landesausschüsse mit der Verpflichtung der Landesausschüsse zur Festlegung allgemeingültiger Kriterien für die Bestimmung ländlicher oder strukturschwacher Teilgebiete, die von geltenden Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind (hierzu vgl. Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b des Gesetzentwurfs), nochmals erweitert.

Zu Artikel 17 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 3a

Die in Artikel 1 Nummer 90 Buchstabe a vorgesehene Einbindung aller versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger in das Zahlstellenverfahren nach § 256 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen (Artikel 1 Nummer 90 Buchstabe b) sollen nicht wie bisher vorgesehen am Tag nach der Verkündung, sondern erst am 1. Juli 2019 in Kraft treten. Dadurch erhalten die Krankenkassen eine Vorlaufzeit, um die IT-Systeme anzupassen und die mit den Änderungen verbundenen administrativen Aufgaben, insbesondere hinsichtlich der Bestandsfälle, umzusetzen.

Zu Absatz 4a

Die Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe in § 20h treten am 1. Januar 2020 in Kraft. Dies berücksichtigt eine erforderliche Vorlaufzeit.

Zu Absatz 4b

Durch die Änderung wird ein Gleichlauf mit dem europäischen Medizinprodukterecht sichergestellt. Die Änderungen in § 137h treten damit gleichzeitig mit dem Geltungsbeginn der einschlägigen Regelungen der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1) am 26. Mai 2020 in Kraft.

Zu den Absätzen 4c und 5

Die Änderungen in § 55 SGB V zu den erhöhten Festzuschüssen für Zahnersatz treten zum 1. Oktober 2020 in Kraft.

Berlin, den 13. März 2019

Alexander Krauß Berichterstatter	**Bettina Müller** Berichterstatterin	**Dr. Axel Gehrke** Berichterstatter
Christine Aschenberg-Dugnus Berichterstatterin	**Dr. Achim Kessler** Berichterstatter	**Dr. Kirsten Kappert-Gonther** Berichterstatterin



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333